

مركز البحوث

تقويم نظام الرعاية الطبية

الفعالية والكفاءة والإنصاف

تأليف

لوآن آدى - تشارلز بيجلى

دافيد ليرسون - كارل سيلتر

ترجمة

د. عبدالمحسن بن صالح الحيدر

مراجع الترجمة

د. عبدالإله سيف الدين غازى ساعاتى



بسم الله الرحمن الرحيم



مركز البحوث

تقويم نظام الرعاية الطبِّية
الفعَّاليِّة والكفاءة والإنصاف

تأليف

لوآن آداى - تشارلز بيجلى

دافيد ليرسون - كارل سيلتر

ترجمة

د. عبدالمحسن بن صالح الحيدر

أستاذ الإدارة الصحية المساعد

معهد الإدارة العامة

مراجع الترجمة

د. عبدالإله سيف الدين غازى ساعاتى

١٤٢٠هـ - ٢٠٠٠م

بطاقة الفهرسة

ⓒ معهد الإدارة العامة ، ١٤٢٠هـ

فهرسة مكتبة الملك فهد الوطنية أثناء النشر

تقويم نظام الرعاية الطبية : الفعالية والكفاءة والإنصاف / لو آن آداى (وآخرون)

ترجمة عبدالمحسن بن صالح الحيدر ـ الرياض

٢٩٦ ص ؛ ١٦,٥ × ٢٣,٥ سم

ردمك : x – ٠٧٥ – ١٤ – ٩٩٦٠

١– الرعاية الصحية ٢– الخدمات الصحية أ– آداى ، لو آن (مؤلف)

ب– الحيدر ، عبدالمحسن بن صالح (مترجم)

ديوى ٣٦٢ ٢٠/٢٠٨٢

رقم الإيداع : ٢٠/٢٠٨٢
ردمك : x – ٠٧٥ – ١٤ – ٩٩٦٠

هذه ترجمة لكتاب :

EVALUATING THE MEDICAL CARE SYSTEM

Effectiveness, Efficiency, and Equity

Lu Ann Aday
Charles E. Begley
David R. Lairson
Carl H. Slater

Ann Arbor, Michigan 1993

قائمة المحتويـــات

قائمة الأشكال والجداول

شكر

يعبر المؤلفون عن شكرهم للزملاء ستيفن لندرو ودافيد كولبى إضافة إلى مراجعى مؤسسة الإدارة الصحية للنشر ، مجهولى الهوية ، الذين قدموا ملاحظات عميقة وبناءة على مسودات أولية لهذا الكتاب .

كما نتقدم بالشكر الخاص لعادل يوسف وتشيه – وين تشنج لتعاونهما ونسخهما للعديد من المصادر الواردة فى الكتاب ، ولرجينا فيشر ولوانا نوريس ودوريس روس اللواتى ساعدن فى كتابة هذا الكتاب على الآلة الطابعة .

ونتمنى للبيئة المرنة فى كلية الصحة العامة بجامعة تكساس التى دعمت مهمة تأليف الكتاب الممتعة كعنصر روتينى لدور أعضاء هيئة التدريس ومسئولياتهم . كما ندين بشكل خاص للطلبة الدارسين فى برنامجنا «تقديم وأداء الخدمات الصحية» على مر السنين إضافة إلى الدارسين فى مادة كارل سليتر «تقييم النتائج الطبية» الذين حفزونا ودفعونا إلى شحذ تمكننا من الأفكار والمفاهيم المطروحة فى الكتاب .

يشعر كل منا أن تفهمنا لمفاهيم الفعالية والكفاءة والإنصاف قد توسع وازداد عمقاً من خلال كتابة هذا الكتاب ، وكلنا أمل أن يجد قراء هذا الكتاب متعة من قراءته مثلما نلنا من كتابته .

مقدمة الكتاب :

يشبه الذين يسعون إلى فهم نظام الرعاية الصحية الأمريكي والسياسة الصحية الأمريكية ، من نواح عدة ، مجموعة من مكفوفي البصر الذين يحاولون وصف فيل ، على أساس الجزء الذي يمسك به كل منهم على حدة . ففي بلد بمثل تنوع وتعددية الولايات المتحدة فإن كلاً من تقديم الخدمات الصحية وصنع سياسات الرعاية الصحية هي إجراءات وعمليات شديدة التعقيد ولا يمكن فهمها بالكامل من أى منظور منفرد . لذا فإن الكشف عن عناصر نظام الرعاية الصحية وربطها ضمن بيئة النظام الكامل ، يُعد من أهم وظائف بحوث الخدمات الصحية .

بنشر هذا الكتاب «تقويم نظام الرعاية الطبية : الفعالية والكفاءة والإنصاف» يصبح لدينا الآن ثلاثة من الكتب تلقى الضوء على إسهامات بحوث الخدمات الصحية نحو السياسات العامة . يلخص الكتاب الذى نقحه إيلاى جينز برج بعنوان «بحوث الخدمات الصحية : مفتاح السياسة الصحية» (١٩٩١م) مساهمات بحوث الخدمات الصحية العديدة خلال العقدين الماضيين . أما كتاب مراجعة باكستر للسياسات الصحية بعنوان : «تحسين السياسة والإدارة الصحية : تسع قضايا بحثية هامة للتسعينيات» (١٩٩٢) فيوفر خلاصات ونقاشات قوية عن البحوث السابقة والمستمرة والمتطورة الموجهة لقضايا محددة فى السياسات الحالية ، وتتراوح من تصميم مجموعة من منافع الخدمات الصحية الأساسية إلى القضايا المحيطة بإطالة الحياة . وهذا الكتاب الذى ألفه لو آن آداى وتشارلز بيجلى ودافيد ليرسون وكارل سليتر ، يوفر جسراً مفيداً بين كتابى جينز برج وباكستر ، بتقديم الإطار المفاهيمى للتفكير بالقضايا ذات العلاقة ، ويوفر بعض التفاصيل والوسائل (منهجيات وقواعد بيانات) التى يستخدمها باحثو الخدمات الصحية والسياسة الصحية فى أداء أعمالهم .

من أهم نقاط قوة هذا الكتاب أن المؤلفين طوروا رؤية موحدة متكاملة لـ «فيل الرعاية الصحية» كما يشاهد من خلال مفاهيم الفعالية والكفاءة والإنصاف . ضمن كلٍّ من هذه الميادين تقدم القضايا والمفاهيم والمنهجيات والدلائل الرئيسية من مناظير متعددة . فعلى سبيل المثال تتناول قضايا الفعالية من منطلق عام على أساس السكان وكذلك من منظور سريرى فردى . كما يتم تناول قضايا الكفاءة من منظور الصالح

المجتمعى التحصيصى ومن منظور نظرية الإنتاج فى المؤسسة . ويتناول هذا الكتاب قضايا الإنصاف فى الوصول إلى الرعاية الصحية من خلال سبل مبنية على أساس الأهلية والاحتياج وسبل مساواتية وتعاقدية ومنفعية .

وفى كل حال ومن كل منظور تجند البيانات ذات العلاقة لتمكن القراء من فهم وإدراك وضع المعرفة الراهن فيما يتعلق بالقضايا التى نحن بصددها . إضافة إلى ذلك توضح البيانات والأدلة ، قضايا السياسة الصحية الحالية مثل : تطوير ونشر وتطبيق أدلة الممارسة الطبية ، وإصلاح مدفوعات الأطباء (مثل RBRVs) ومقترحات لإصلاح الرعاية الصحية .

يجب الثناء على جهد المؤلفين وبشكل خاص على النقاش عن أنواع بحوث الخدمات الصحية التى تستطيع أن تؤثر أكبر الأثر على المراحل المختلفة من عملية السياسة . وأشير كما ينبغى إلى مزايا ومحدوديات نماذج «العقلانى الشامل» و «الإشباعى» و «المسح الممتزج» و «السياسى» من نماذج صنع السياسات . وتوضح منفعة الإطار الإجمالى للفعالية والكفاءة والإنصاف من خلال مراجعة الطرق الرئيسية لإصلاح الرعاية الصحية بما فيها نموذج الممول المنفرد ، على غرار الأسلوب الكندى وبرنامج خيار المستهلك وأسلوب لجنج بيير الذى يمزج التنظيم والمنافسة .

وفى المحصلة النهائية ، هذا مثال رائع على عمل موحد ، منظم بإبداع ومكتوب بوضوح . وهو عمل قيم ، مفيد لكل من الباحثين وصانعى السياسات والعاملين مباشرة فى تقديم وإدارة الخدمات الصحية . ويساهم هذا الكتاب مساهمة هامة نحو تطوير لغة مشتركة وقاعدة معلومات لجميع المهتمين والراغبين فى تحسين أداء نظام الرعاية الطبية فى الولايات المتحدة .

ستيفن . إم . شورتيل

أستاذ آى . سى . بيوهلر المتميز

لإدارة الخدمات الصحية – أستاذ السلوك المنظماتى

كلية جى . إل . كيلوج للدراسات العليا فى الإدارة

مركز بحوث الخدمات والسياسات الصحية – جامعة نورثو ستيرن

إيفانستون ، إيلينوى

تمهيد :

يحدد هذا الكتاب ويدمج المفاهيم والمنهجيات الأساسية لبحوث الخدمات الصحية كواحد من علوم المعرفة ، ويوضح تطبيقاتها فى تحليل السياسات . ويربط نموذجًا لتحليل السياسة الصحية مع إطار لتصنيف المواضيع والقضايا فى بحوث الخدمات الصحية .

يوفر هذا الكتاب منظوراً تاريخيًا ويطبق مفاهيم ومنهجيات علوم الوبائيات والاقتصاد والاجتماع وفروع المعرفة الأخرى المرتبطة بتوضيح وبيان قياس وأهمية الفعالية والكفاءة والإنصاف كمعايير لتقويم أداء نظام الرعاية الصحية . ويُقدم أمثلة محددة لتطبيق بحوث الخدمات الصحية فى تناول مشكلات السياسة الصحية المعاصرة على المستوى الوطنى ومستوى الولاية والمستوى المحلى .

الجمهور الرئيسى لهذا الكتاب هم : المهنيون الممارسون ، وطلاب الدراسات العليا فى الصحة العامة والإدارة الصحية ، ومهن الرعاية الصحية ، وصانعو السياسة الفدراليون وعلى مستوى الولاية وكذلك المحليون ، ومخططو البرامج المعنيون بتصميم وإجراء بحوث الخدمات الصحية المتصلة بالسياسة . كما سيجد المهنيون والطلبة فى علم الاجتماع الطبى والعلوم السلوكية والإدارة العامة ، المهتمون بإجراء بحوث الرعاية الصحية والبحوث الصحية التطبيقية أو البحوث الموجهة نحو السياسات الصحية أن هذا الكتاب ذو أهمية كبرى ، لقد طور المؤلفون وطبقوا المنظور المقدم فى هذا الكتاب ضمن برنامج قدموه لطلبة الماجستير والدكتوراه فى الصحة العامة منذ ١٩٨٦م .

يعرض الفصل الأول إطاراً لتصنيف المواضيع والقضايا الرئيسية التى تتناولها بحوث الخدمات الصحية كفرع من فروع المعرفة . ثم يُستخدم هذا الإطار لتقديم مراجعة شاملة متكاملة عن مساهمات بحوث الخدمات الصحية لوصف وتقويم أداء نظام الرعاية الطبية من حيث أهداف الفعالية والكفاءة والإنصاف . ويحدد هذا الفصل العلاقة بين بحوث الخدمات الصحية والأهداف والمنهجيات الرئيسية لتحليل السياسة . كما يركز الانتباه على الدور التاريخى لبحوث الخدمات الصحية فى صياغة السياسة الصحية .

يتناول الفصل الثانى فعالية الرعاية الطبية من حيث مساهمة الرعاية الطبية للصحة وما إذا كان بالإمكان تعزيز تلك المساهمة . ويعرض الإطار المفاهيمى المبنى على ثالوث دونابيديان الكلاسيكى «البنية والإجراء والنتيجة» ، والمنهجيات المرتبطة بها لتقدير فعالية الرعاية الطبية على كل من المستوى السكانى والمستوى الإكلينيى . ويراجع الفصل الثالث الدليل المشتق من الدراسات التى تستخدم هذه المنهجيات ، ويستكشف دور بحوث الفعالية فى تطوير أدلة الممارسة السريرية .

يفحص الفصل الرابع مفاهيم الكفاءة الإنتاجية والتحصيصية والمنهجيات التجريبية لتقويم كل منها . ويناقش الفصل الخامس النتائج الرئيسية فيما يتعلق بأداء نظام الرعاية الطبية الأمريكى ، المتصلة بهذه الأهداف ، ويصف الدور السابق والدور اللاحق لتحليل الكفاءة فى إصلاح مدفوعات الأطباء .

يقدم الفصل السادس مفهوم الإنصاف فى الوصول إلى الرعاية الطبية ضمن بيئة الاعتبارات النظرية والأخلاقية الأساسية للأحقية فى الرعاية الطبية . ويقدم كذلك الأسلوب التجريبى لتقويم مدى تحقيق معايير العدالة البديلة . ويلخص الفصل السابع البيانات التجريبية التى توثق الأداء الحالى لنظام تقديم الرعاية الطبية فيما يتعلق بالإنصاف . ويقدم الجزء النهائى من الفصل قضايا التأمين الصحى الشامل ومساهمات بحوث الخدمات الصحية فى تقويم إمكانية مثل هذه الآليات فى تحسين إمكانية الوصول إلى الرعاية . ويحلل الفصل الثامن العلاقات المتبادلة بين أهداف الفعالية والكفاءة والإنصاف على حدة وبينها جميعاً ، ودور بحوث الخدمات الصحية فى وضع مفاهيم التناوب بين هذه الأهداف ، وقياسه فى صياغة السياسية الصحية . ويناقش الفصل التاسع هذا التناوب فى بيئة تقويم بدائل محددة من التأمين الصحى الشامل .

مساهمات هذا الكتاب هى :

(١) يقدم ويطبق إطاراً منظماً لتحديد بحوث الخدمات الصحية كفرع من فروع المعرفة ، ضمن بيئة أبعاد أداء النظام الرئيسية - الفعالية والكفاءة والإنصاف .

(٢) يراجع ويدمج الإسهامات المفاهيمية والمنهجية والتجريبية لبحوث الخدمات الصحية فى تناول هذه القضايا .

(٣) يوضح كيفية استخدام مناظير وأساليب بحوث الفعالية والكفاءة والإنصاف فى توقع وطرح الأسئلة ذات العلاقة بهدف إعلام وتنوير حوارات سياسة الرعاية الصحية والمستقبلية .

(٤) يوفر نبراساً ونقطة مرجعية فى وقت يزداد فيه الدعم لبحوث الخدمات الصحية وتحليل السياسة ، والطلب عليها .

لو آن آداى

تشارلز بيجلى

دافيد ليرسون

كارل سليتر

الفصل الأول
مقدمة فى بحوث الخدمات الصحية
وتحليل السياسات الصحية

تعريفات :

تنتج بحوث الخدمات الصحية المعرفة عن أداء نظام الرعاية الطبية فيما تطبق السياسات الصحية هذه المعرفة فى تحديد المشكلات وتقويم السياسات البديلة . ويوضح هذا الكتاب الخطوط العريضة للعلاقة العملية بين بحوث الخدمات الصحية من جهة ، وتحليل السياسات الصحية من جهة أخرى من أجل تقويم أداء نظام الرعاية الطبية الأمريكى فيما يتعلق بجوانب الفعالية والكفاءة والإنصاف حيث تعرًف هذه الجوانب كالتالى :

١ – **الفعالية** : وتعنى بمنافع الرعاية الطبية من منظور تحسين الحالة الصحية .

٢ – **الكفاءة** : وهى العلاقة بين هذا التحسين فى الحالة الصحية والطاقات المستهلكة لتحقيق التحسين المنشود .

٣ – **الإنصاف** : وهو تقويم لعدالة توزيع منافع وأيضًا أعباء (تكاليف) الرعاية الطبية .

تعنى فعالية الرعاية الطبية بمنافع هذه الرعاية بما تنعكس على التحسن فى الحالة الصحية للناس ، حيث لايعنى هذا التحسين فقط مجموع المنافع المفردة مثل : انخفاض معدلات الوفيات ، وارتفاع توقعات الحياة ، وانخفاض معدلات انتشار المرض بل يعنى أيضًا أن توزيع المرض والصحة يكون فى سبيل تعظيم الإنتاجية الاقتصادية عامة ورفع مستوى الصحة والرفاهة . ويسعى الهدف الثانى لنظام تقديم الرعاية الصحية إلى تحقيق الكفاءة على اعتبار أن الرعاية الطبية كنتائج فإننا نهتم بالكفاءة الإنتاجية ، أى تقديم الخدمات بأقل تكلفة ، أما إذا اعتبرنا أن الرعاية الطبية من المدخلات فى إنتاج تحسين المستوى الصحى فإننا نهتم بالكفاءة التحصيصية أى تقديم أكبر قدر من الرعاية فى ظل محدودية المصادر المتاحة ، إذ تعتمد الكفاءة التحصيصية على التكلفة النسبية وعلى فعالية الرعاية الطبية فى تحسين المستوى

الصحى . وفى نهاية الأمر فإن تحسين المستوى الصحى بشكل مطلق يتطلب كلاً من الكفاءة الإنتاجية والكفاءة التحصيصية .

الإنصاف يعنى بالتوزيع العادل لكلٍ من منافع تقديم الرعاية الصحية وأعبائها بما فى ذلك توزيع التكاليف بين المجموعات والأفراد . ومن صعوبة تحقيق هذه العدالة المنشودة وضع تعريف محدد للعدالة إذ يختلف الحكم على وصف إجراء ما بالعدالة وفق القيم المستخدمة فى وضع هذا الحكم . إذ يعتبر البعض الحرية المطلقة للخيار من عدد من الخيارات وتحديد نوع الرعاية الصحية التى يرغبون فيها بدون أن يكون لأحد أن يملى رغباته على اتخاذ القرار من أهم عناصر العدالة ، فيما ينظر البعض الآخر للعدالة من خلال منظور يقيس تكلفة الرعاية مقابل النتائج المنشودة للأشخاص والمجتمع ككل ، أى هل يعامل الجميع بالتساوى ؟ وهل تقدم الرعاية لمن هم حقًا بحاجة لها ؟ وهل يتم تحسين وضع المجتمع ككل وليس تحسين وضع أفراد معينين أو مجموعات محددة ؟ وهل تم تكثيف المنافع لكل الأفراد على السواء ؟ وهنا تكمن أهمية العدالة التحصيصية فى تأطير هذين المنظورين للعدالة ضمن بيئة الموارد المتقلصة . أما فيما يتعلق بتحديد أكثر عناصر العدالة أهمية فى تحديد السياسيات الصحية فيتم تحديد ذلك وفق الاتجاهات السياسية المهيمنة فى آنه .

يتم ربط أهداف كلٍ من الكفاءة والفعالية والإنصاف من خلال أسلوبين ، **الأول** : وهو محاولة تحديد أفضلها كمحك لتقويم أداء نظام الرعاية الطبية وهذا موضوع معيارى خاضع للوجهات المختلفة لطبيعة الرعاية الطبية ، والدور الذى يلعبه نظام الرعاية الصحية ويفضل هنا ترك الخوض فى مثل هذه الأمور للعملية السياسية القائمة . أما **الأسلوب الثانى** : فهو من خلال العلاقات التى يمكن ملاحظتها فى النظام الصحى ، وبالإمكان خوض هذا الموضوع بواسطة بحوث الخدمات الصحية التى تحدد مدى إتمام أهداف الفعالية والكفاءة والإنصاف لبعضها البعض ، أو مدى تضاربها ونركز هنا على مدى تضارب هذه الأهداف لمعرفة مدى التعاقب الواقع بين أهداف الفعالية والكفاءة والإنصاف من خلال الملاحظة التجريبية . ومن الواضح أن هذه الأهداف الثلاثة (الفعالية والكفاءة والإنصاف) غالبا ماتكون متممة لبعضها البعض ، إذ إن رفع مستوى فعالية الرعاية الطبية مع الحفاظ على نفس مستوى المصاريف يحقق ارتفاع

مستوى الكفاءة والذى بدوره يؤدى إلى إمكانية رفع مستوى الفعالية والإنصاف ، إلا أن هذه الأهداف قد تكون متضاربة أحيانا إذ يؤدى رفع مستوى الفعالية من خلال تخصيص موارد إضافية لرفع المستوى الصحى إلى التعارض مع الكفاءة إذا كانت تكلفة هذه الموارد مرتفعة قياساً بمدى فعاليتها ، كما أن رفع مستوى الفعالية والكفاءة من خلال توزيع الموارد على الأشخاص الذين قد يستفيدون منها إلى أقصى حد قد لايكون عادلاً إذا كانت هذه السياسة تؤول إلى توزيع غير متساوٍ للمصادر . لذا نجد أن من أهم عطاءات بحوث الخدمات الصحية تحديد التعاقب المناسب بين الأهداف الثلاثة وإذا افترضنا أنها متساوية فى الأهمية فإن تحديد الدرجة التى يمكن التضحية بأحد الأهداف من أجل تحقيق الهدفين الآخرين هو من أهم العناصر لدى متخذى القرار فى مقارنة السياسات الصحية البديلة .

تتناول فصول هذا الكتاب اللاحقة مراجعة للأطر الفكرية والمنهجية والأساسيات التجريبية لأهداف الفعالية والكفاءة والإنصاف وبيان تنفيذها فى تحليل السياسات الصحية وتقصى الأسئلة المتعلقة ببحوث الخدمات الصحية فى تحليل التعاقب الواقع بين الأهداف الثلاثة فى وضع السياسات الصحية . أما فى الباب الحالى فسيتم مقارنة حقلى بحوث الخدمات الصحية وتحليل السياسات الصحية مع أنواع الدراسات الأخرى وتقديم إطار لتصنيف القضايا المتعلقة ببحوث الخدمات الصحية ، وذلك لاستخدامه لوضع منظور وصفى لنظام الرعاية الطبية الأمريكى ، إضافة إلى بيان مساهمات حقل بحوث الخدمات الصحية تاريخيًا فى تطوير السياسة الصحية وتقديم التطبيقات الخاصة بالسياسة الصحية حاليًا فى الولايات المتحدة .

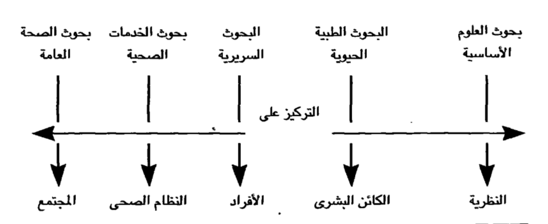
تعريف بحوث الخدمات الصحية :

قدمت هيئة من المجمع العلمى الطبى (Institute of Medicine) التى تمَّ تكليفها عام ١٩٧٩م التعريف التالى لهذا الحقل «بحوث الخدمات الصحية هى : التحقيق الذى يستخلص المعرفة عن البنية والإجراءات والنتائج المتعلقة بالخدمات الصحية الفردية» (Institute of Medicine 1974, 14) . ويمكن تصنيف دراسة ما ضمن حقل بحوث الخدمات الصحية إذا كانت هذه الدراسة تبحث عامة فى الخدمات الصحية واستمدت من إطار

فكرى غير إطار العلوم الطبية البيولوجية التطبيقية والتى تركز على العملية الحياتية الأساسية للكائن البشرى . والخدمات الصحية الشخصية هى تعامل بين مقدم الخدمة والمستفيد منها بهدف رفع المستوى الصحى للمستفيد ، وتقع غالبًا هذه التعاملات ضمن مجال نظام الخدمات الطبية وذلك على عكس حقل الصحة العامة الذى يركز على تدخلات وإجراءات تهدف إلى رفع المستوى الصحى للمجتمع أو المجموعة السكانية ككل ، بدلاً من التركيز على رفع المستوى الصحى لأفراد معينين ضمن المجموعة السكانية .

إن بحوث الخدمات الصحية هى - لا شك - علم من المعرفة متعدد الفروع والنشاطات فى أنها تستمد من مجموعة من العلوم وتطبق نظرياتها ومنهجياتها منها على سبيل المثال لا الحصر علم الاجتماع والعلوم السياسية وعلم الوبائيات وعلم الديموغرافيا وعلم الاقتصاد والقانون (Choi & Greenberg 1982) . إذًا إن بحوث العلوم الأساسية تعنى بتطوير وفحص النظريات لتعليل الظواهر الاجتماعية أو البيولوجية فى حين تطبق بحوث الخدمات الصحية النظريات والمنهجيات التى تم تطويرها ضمن هذه العلوم بهدف تقصى المشكلات المتعلقة بعمليات تقديم الرعاية الطبية . وعلاوة على ذلك فحيث إن البحوث السريرية (الإكلينيكية) تعنى بالمؤشرات والنتائج الطبية لمرضى محددين ، فإن بحوث الخدمات الصحية تنظر بشمولية إلى مجموعة العناصر غير الطبية (من اجتماعية واقتصادية وتنظيمية) التى قد تؤثر على تشغيل ونتائج نظام الرعاية الطبية انظر الشكل (١ -١) .

شكل (١ -١) : مقارنة تركيز بحوث الخدمات الصحية مع أنماط البحوث الأخرى .



تعريف تحليل السياسات الصحية :

تم تعريف تحليل السياسات الصحية من خلال هدفين أساسيين :

أولاً : من ناحية إنتاج المعلومات الخاصة بصياغة السياسات . **وثانيًا** : من ناحية تطوير جدال وبراهين منطقية لتأويل هذه المعلومات إلى توصيات للإجراءات الحكومية (Dunn 1981) . ويتجلى التمييز المتخذ هنا بين بحوث الخدمات الصحية وتحليل السياسات هو أن الهدف الأول وهو إنتاج المعرفة يحدد المساهمة الأساسية لبحوث الخدمات الصحية ، ويمثل الهدف الثانى ، وهو تطبيق المعرفة ، المساهمة الأساسية لتحليل السياسات بالنسبة لصنع القرار الحكومى ، ويعكس الهدف الأول مباشرة غاية بحوث الخدمات الصحية التى ترمى إلى تنشئة المعرفة عن تطبيق برامج وسياسات صحية محددة وتأثيرها . فالأسئلة والقضايا الرئيسية المطروحة هى واقعية وموضوعية وتهدف إلى توثيق أصل ومجال مشكلة ما والفعالية المتوقعة لبدائل معالجتها . أما الهدف الثانى فيتعدى مجال الدور التقليدى المفروض لبحوث الخدمات الصحية ، إذ يسعى إلى تبرير ملاءمة أنماط معينة من البحوث ويرجع الأدلة ، ويصيغ حجة منطقية لواضعى السياسات الصحية فيما يتعلق بأهمية مشكلة ما ، أو فعالية برامج معينة أو سياسات محددة من أجل مجابهة المشكلة .

لذا فإن التركيز الأساسى لهذا الهدف هو على النواحى المتعلقة بالتثقيف والإقناع وذلك بعرض أساس منطقى وموثق من أجل تقويم كفاية السياسات الصحية القائمة واختيار بديل ما عن بديل آخر على ضوء الأهداف المتنافسة من حيث الكفاءة والفعالية والإنصاف المتعلقة بالسياسات الصحية .

يفصِّل الفصل الأخير من هذا الكتاب فى كيفية مساهمة بحوث الخدمات الصحية فى كل من أهداف تحليل السياسات – تلك التى تميل إلى البحوث ، وأيضًا تلك التى تميل نحو صنع القرار وذلك ضمن محيط تقويم خيارات برامج التأمين الصحى الشامل (Universal Health Insurance) التى يتم تداولها حاليًا فى المجتمعات الأمريكية وفى الكونغرس .

الاختلافات عن أنماط التقصي الأخرى :

يوضح الشكل (٢ - ١) التباين بين بحوث الخدمات الصحية وتحليل السياسات الصحية من جهة ، وأنماط البحوث العلمية الأساسية والتطبيقية من جهة أخرى من حيث هدف البحث الأساسي لكل منها ، إذ إن العلوم الأخرى - كالاقتصاد مثلا - تزودنا بنظريات قيمة (متعلقة بالعرض والطلب) لتفسير ظواهر بيولوجية أو اجتماعية (تفعيل سلوك مقدم الخدمة والمستفيد منها في محيط الرعاية الطبية) . هذه النظريات تشكل الأساس لإجراء بحوث الخدمات الصحية لوصف وتقدير أداء نظام الرعاية الطبية (من حيث الكفاءة على سبيل المثال) . فيما يعني تقويم البرامج الصحية بتقدير نتائج برامج وسياسات معينة مثل : نظام تحديد رسوم الخدمات الصحية من قبل حكومة الولاية ، أو برامج مقايضة الأطباء أوتدابير مشاركة المستفيد من الخدمات الصحية في دفع التكاليف المترتبة ، على نتائج سياسة محددة مثل : سياسة احتواء التكاليف وتطبيق مفاهيم ومنهجيات بحوث العلوم الأساسية ، إضافة إلى تطبيق بحوث الخدمات الصحية في تقويم هذه البدائل . ومن أهم عناصر الاستفادة من بحوث الخدمات الصحية إمكان تقويم وسيلة تطبيق برامج الرعاية الصحية وآثار هذا التطبيق (مثل : مراكز الرعاية الصحية في الأحياء - إلحاق العيادات الشاملة بالمستشفيات أو جهود وبرامج التطعيمات) (Shortell & Richardson 1987) ، وبما أن هذه التقويمات عادة موجهة نحو تقدير برامج وسياسات حكومية محدده فإنها تؤدي إلى مساهمة مباشرة نحو جهود تحليل السياسات الصحية ذات العلاقة ، ويعتمد تحليل السياسات على كم المعرفة التي تم استنباطها من خلال البحوث العلمية وبحوث الخدمات الصحية لتوضيح الغشاوة المقلقة المحيطة بالسياسات الحالية (كالتأمين الصحي) ، ثم مقارنتها بسياسات بديلة (مثل : برامج التأمين الصحي الشامل) وطرح التوصيات لصانعي القرار على المستوى المحلي ومستوى حكومة الولاية والحكومة الفدرالية .

هذا ، وقد كان حقل بحوث الخدمات الصحية تاريخيًا عرضة للنقد لعدم اشتماله على دراسات تهدف مباشرة إلى تعديل قرارات السياسات الصحية الصعبة (Anderson 1991 Choi & Greenberg 1982; Flook & Sanazaro 1973; Institute of Medicine 1979) .

وتشير الإضافات والتصنيفات الحديثة لمساهمات بحوث الخدمات الصحية لحقلى السياسات والإدارة الصحية بوضوح إلى أن الحدود الفاصلة بين مجال بحوث الخدمات الصحية ومجال تحليل السياسات الصحية بأنها حدود غامضة وغير واضحة المعالم (DeFriese, Ricketts & Stein 1989; Ginzberg 1991; Shortell and Reinhardt 1992; white 1992) .

شكل (٢ –١) : مقارنة أهداف بحوث الخدمات الصحية مع أهداف أنماط التقصى الأخرى .



موضوعات وتطبيقات بحوث الخدمات الصحية :

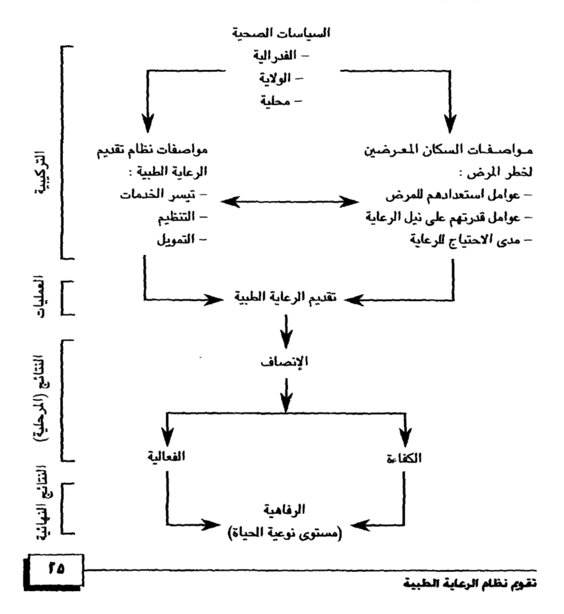
إطار فكرى لتصنيف الموضوعات والقضايا فى بحوث الخدمات الصحية :

قد تعتبر السياسة الصحية بمثابة نقطة انطلاق أو مادة محّفزة لتصميم وإجراء بحوث الخدمات الصحية انظر الشكل (٣ – ١) ، إذ إن معضلة التوفيق بين مشكلات سهولة نيل الخدمة الصحية للمستفيدين وتكلفة الرعاية الصحية وجودتها التى تواجه المؤسسات الصحية الحكومية والخاصة على المستوى المحلى ومستوى الولاية والمستوى الوطنى فى تقديم الرعاية الطبية وتحمل نفقاتها ، تعتبر جميعها دعوة للباحثين من ذوى الاختصاص للمساهمة بالمعرفة والخبرة المطلوبة لحل هذه المعضلة . ومما يدعم هذه الدعوة المفتوحة توافر الدعم المادى من خلال العقود الحكومية والبحوث الخاصة والتمويل المتوفر من المؤسسات الخيرية والمشاريع التجريبية ، هذا الدعم الذى يكون حافزًا لتطوير المشاريع البحثية والتدابير الاستشارية والمؤتمرات لدراسة هذه القضايا . بل إن مفاهيم ومنهجيات بحوث الخدمات الصحية هى ذاتها بمثابة الدليل والدافع لدراسة تلك القضايا ، وذلك من خلال وصف وتحليل وتقويم تركيبة وعمليات ونتائج نظام الرعاية الطبية .

أما التركيبة هنا فهى ترجع إلى توافر وتنظيم وتمويل برامج الرعاية الصحية وخصائص السكان الذين تستهدفهم هذه البرامج . أما العمليات فتشمل كل التعاملات بين المرضى ومقدمى الخدمة الطبية فى سياق تقديم الرعاية الفعلية ، وبإمكاننا اعتبار الإنصاف والكفاءة والفعالية كنتائج مرحلية لعمليات تقديم الرعاية الطبية والتى تعنى فى المحصلة النهائية بتحسين الوضع الصحى للمجموعة السكانية ورفع مستوى الرفاهية لديهم . توفر بحوث الخدمات الصحية المعلومات الوصفية الأساسية عن تنظيم وتشغيل نظام الرعاية الطبية (أعداد وتوزيع مقدمى الخدمة الطبية ونسبة غير المتمتعين بالتأمين الصحى فى المجموعة السكانية وتوزيع الحالات المرضية عند السكان) ، كما تحلل أيضًا العلاقات المحتملة بين عناصر النظام الصحى كما هو موضح بالشكل (٣ – ١) ، وبذلك التحليل يمكن اختبار وقع السياسات الصحية على نظام تقديم الرعاية الصحية وكذلك على المجموعة السكانية المتأثرة بهذه السياسات ، إضافة إلى آثار ومواصفات نظام تقويم الخدمة على الإنصاف وعلى تفاعل عنصرى الكفاءة

والفعالية على سبيل المثال . كما نرى أن هذا النموذج يفترض أن الإنصاف فى الوصول إلى نظام الرعاية – متمثلاً فيمن يتمكن من الدخول فعلاً ضمن النظام لنيل الخدمة الطبية ومدى تكرار استخدامهم للخدمة – يؤثر مباشرة على كفاءة وفعالية الرعاية المقدمة . إضافة إلى تأثيره فى النهاية على المستوى الصحى للمجموعة السكانية التى كان النظام الصحى يستهدفها أصلاً .

شكل (٣ -١) : إطار فكرى لتصنيف الموضوعات والقضايا فى بحوث الخدمات الصحية .



مستوى التحليل الكلى مقابل مستوى التحليل الجزئى :

بالإمكان دراسة تركيبة وعمليات ونتائج الرعاية الطبية على كل من المستوى الجزئى – أى على المستوى الفردى بالنسبة للأشخاص وأيضًا بالنسبة للمؤسسات – وعلى المستوى الكلى – أى على مستوى النظام بكامله أو مستوى المجتمع – ويتم فحص أداء النظام من ناحية الفعالية والكفاءة والإنصاف على كلا المستويين خلال هذا الكتاب وبالتحديد من الفصل الثانى إلى الفصل السابع ؛ ذلك لأن التركيز على مستوى واحد فقط من التحليل قد يفشل فى التسليم بوجود المستوى الآخر أو أثره ، إذ نرى – مثلاً – أن الاستثمار فى تطوير التقنيات أو الإجراءات الطبية من أجل الوصول إلى أفضل النتائج للشخص المريض قد يفشل فى تحديد ما إذا كانت هذه الاستثمارات هى فعلاً الأفضل من أجل رفع المستوى الصحى للمجتمع ككل عدا أن النظرة الشمولية للمؤشرات التكتلية للوضع الصحى (مثل : معدل الوفيات من أمراض القلب) ومعايير أداء النظام (مثل : معدلات حالات ارتفاع الضغط غير المعالجة) قد يفشل فى الكشف عن الدور الذى تلعبه ممارسات أسلوب المعيشة لدى الأشخاص (كالتدخين مثلاً) ومواقفهم حيال الرياضة البدنية مثلاً – فى التأثير على مستوى صحة الأفراد – كما تتضح صور مختلفة للفعالية عند النظر من خلال منظور التحليل الكلى الذى يركز على الاختلافات فى مستوى صحة المجموعة السكانية مقارنة بالنظر من خلال التحليل الجزئى إلى نتائج العلاج لمرضى محددين ، إذ إن الكفاءة الإنتاجية المرتفعة على المستوى الفردى لدى مقدمى الخدمة لا تؤدى بالضرورة إلى ارتفاع الكفاءة التحصيصية فى نظام الرعاية الطبية ككل . كما أنه بالإمكان تطبيق معايير العدالة فى تقدير درجة تحقيق الإنصاف التى تصل إليها مؤسسات الرعاية الصحية مفردة (عيادات ومستشفيات) أو التى يصل إليها نظام الرعاية الصحية شاملاً ولكن لايمكن تطبيق المعايير ذاتها فى تحقيق الإنصاف على المستويين الجزئى (العيادات أو المستشفيات) والكلى (النظام الصحى) مجتمعة وفى آن واحد . فكما نرى فى الفصول اللاحقة يطرح النقاش الوارد الضوء على جوانب من أداء نظام الرعاية الطبية التى قد تظهر جلية واضحة ، أو قد لا تتضح إطلاقًا إذا ماكان التركيز على مستوى واحد فقط من التحليل سواء كان هذا التركيز على مستوى التحليل الجزئى أو على مستوى التحليل الكلى .

نظرة تاريخية شاملة لمساهمات بحوث الخدمات الصحية نحو صياغة ووضع السياسات الصحية :

بحوث الخدمات الصحية هى ضرب حديث نسبياً من ضروب التقصى ، علماً بأن أصولها قد ترجع إلى بداية القرن الحالى فى الولايات المتحدة ، ونبرز هنا مختارات تاريخية من مساهمات بحوث الخدمات الصحية فى صياغة السياسات الصحية الأمريكية (لمزيد من التفاصيل انظر Anderson 1940 Flook and Sanazaro 1973) . أدى تقرير فليكسنر (Flexner) المبنى على دراسة شاملة للكليات الطبية فى الولايات المتحدة وكندا فى عام ١٩١٠م إلى إعادة تنظيم جذرية للتعليم الطبى فى البلاد . كما أن لجنة دراسة تكلفة الرعاية الطبية ، تلك اللجنة البارزه المكونة من (٤٢) عضواً شكلت عام ١٩٢٧م ، ولعبت دوراً هاماً فى تصميم وإجراء البحوث التى تناولت استخدامات وتكلفة الرعاية الطبية إضافة إلى الفروقات الجائرة فى إمكانية نيل الرعاية الطبية بين الطبقات الاقتصادية فى المجتمع آنذاك ، ونشرت اللجنة (٢٨) تقريراً بما فيها مجموعة من التوصيات التى أثرت ولا زالت تؤثر فى كيفية تنظيم وتقديم الرعاية الطبية فى الولايات المتحدة (يناقش لاحقاً فى الفصل السادس) .

أجرت إدارة الخدمات الصحية العامة فى عام ١٩٣٥ - ٣٦م/مسحاً صحياً وطنياً وإحصاء مهنياً للمستشفيات يهدف إلى توفير المعلومات الأساسية عن صحة السكان واحتياجاتهم من الرعاية الصحية ، إضافة إلى المعلومات عن التركيبة المالية للمستشفيات الأمريكية ، ومن هذا الكم من المعلومات والدراسات الأولية تم تطوير مفهوم «منطقة الخدمة الصحية» المعمول به حالياً لتشغيل المستشفيات العامة والمراكز الصحية ، وفى عام ١٩٤٤م أسس اتحاد المستشفيات الأمريكى (American Hospital Association) هيئة خاصة بدراسة الرعاية الطبية داخل المستشفى التى أعدت أول قائمة متكاملة شاملة لجميع مستشفيات أمريكا . هذه القائمة والإحصاء المهنى آنفا الذكر حددا الاحتياج القائم لأسرَّة إضافية فى المستشفيات العامة وخاصة فى المناطق الريفية ، الأمر الذى أدى إلى سن قانون هيل - بيرتون (Hill- Burton Act) القاضى بإجراء مسح شامل لجميع مستشفيات البلاد ، إضافة إلى الشروع فى مشاريع التوسع فى إنشاء المستشفيات . أجرت هيئة الأمراض المزمنة ، التى أنشئت فى عام ١٩٤٩م

تحت رعاية كل من اتحاد المستشفيات الأمريكى (AHA) والاتحاد الطبى الأمريكى (American Medical Association) والاتحاد الأمريكى للصحة العامة (American Public Health Association) والاتحاد الأمريكى للرعاية الاجتماعية العامة (American Public Welfare Association) عدداً من الدراسات التى تعنى بانتشار الأمراض المزمنة فى المجتمع وطرق الوقاية منها ، وكذلك الرعاية طويلة المدى والرعاية الصحية المنزلية .

كما أن اللجنة التمويلية التى أيضًا أنشأها اتحاد المستشفيات الأمريكى فى عام ١٩٥١م حاولت التطرق إلى عدد من القضايا المتعلقة بتمويل الرعاية فى المستشفيات (مثل العوامل المؤثرة على تكلفة الرعاية وتسديد رسوم العلاج فى المستشفيات مسبقًا وتمويل الرعاية لغير القادرين عليها وذوى الدخول المحدودة) . إن البحوث التى تناولتها تلك الهيئات الكبرى ساهمت فى المشاورات المتعلقة بتحديد الدور المناسب للحكومة فى الرعاية الصحية كما حدث فى لجنة الرئيس ترومان حول احتياجات البلاد من الرعاية الصحية ، إضافة إلى تطوير بحوث المعاينة وكذلك منهجيات التحليل الإحصائى والاقتصادى وجميعها ساهمت فى وضع الأساس لحقل بحوث الخدمات الصحية . هذا وقد وقفت البحوث التى أجريت تحت رعاية وزارة الصحة والتعليم والرعاية الاجتماعية (The U.S Department of Health, Educaton, and welfare) والتى تم إنشاؤها عام ١٩٥٣م ، وكذلك قانون المسوحات الصحية الوطنية الذى سن عام ١٩٥٦م (National Health Survey act) ليمكن المركز الوطنى للإحصاء الصحى (National center for Health Statistics) من بذل جهوده العظيمة فى جمع المعلومات . إن استمرار الإجحاف فى إمكانية الحصول على الرعاية الصحية وخاصة بالنسبة للمعوزين والمسنين ، هذا الإجحاف الذى حددته قبل عشرين عامًا لجنة دراسة تكلفة الرعاية الطبية ، وقد وفرت دلائل هذا التفاوت المستمر القواعد التجريبية التى على أثرها سن قانون مديكيد ومديكير (Medicaid & Medicare) القاضى بتحمل الدولة بعض النفقات فى علاج المعوزين والمسنين وذلك من عام ١٩٦٥م ، أما المؤسسة الرائدة فى دعم نشاطات بحوث الخدمات الصحية فقد أنشئت رسميًا عام ١٩٦٨م بمسمى المركز الوطنى لبحوث الخدمات الصحية وتطويرها (National Center for Health services, Researech and Development) . وفى الفترة قبل إنشاء هذا المركز لعب عدد من المؤسسات الفدرالية

والمؤسسات الخاصة دوراً هاماً فى دعم تصميم وإعداد نشاطات بحوث الخدمات الصحية ، ومن أبرز المؤسسات الفدرالية التى ساهمت فى ذلك إدارة قدامى المحاربين (Vetrans Administration) ، وإدارة تمويل الرعاية الصحية (Health Care Financing Administration) ، والجمعية الوطنية للصحة العقلية (National Institute of Mental Health) ، والجمعية الوطنية للمسنين (National Institute of Aging) . ومن أبرز المؤسسات الخاصة التى ساهمت كذلك مؤسسة روبرت وود جونسون الوقفية (The Robert wood Johnson Foundation) ، وصندوق الكمنولث (The commonwealth fund) ، ومؤسسة بيو الوقفية (The Pew Foundation) . وقد عقد أول اجتماع وطنى لاتحاد بحوث الخدمات الصحية والمؤسسة العامة لبحوث الخدمات الصحية فى شيكاغو فى يونيه ١٩٨٤م . وفى عام ١٩٨٩م تلقى المركز الوطنى لبحوث الخدمات الصحية دعماً كبيراً لتمويل البحوث المتعلقة بنتائج المرضى والفعالية الطبية وذلك نتيجة لمشاريع قوانين بحوث نتائج المرضى التى عرضها الكونغرس ، وقد أدى ذلك إلى تغيير مسمى المركز الوطنى إلى المؤسسة العامة لسياسات وبحوث الرعاية الصحية وبذلك يعكس تعديل تركيز المؤسسة نحو السياسات الصحية بصفة خاصة . كما تساهم بحوث الخدمات الصحية بازدياد مستمر فى تصميم وتقويم السياسات والبرامج الصحية على شتى المستويات - الفدرالى والولاية والمستوى المحلى - مثل نظام تمويل الرعاية الصحية للمعوزين والمسنين (Medicaid & Medicare) ، وكذلك نظام تعويض الأطباء بالقيمة النسبية المبنى على الموارد المستخدمة (Resource-based Relative Value Method) .

وفى الفصول اللاحقة تتم مناقشة مساهمات بحوث الخدمات الصحية بدعم من المؤسسات والمنظمات المختلفة لتوضيح وتقويم أهداف السياسة الصحية من حيث الفعالية والكفاءة والإنصاف .

نظرة شاملة لنظام الرعاية الطبية الأمريكى :

يصف النقاش التالى الاتجاهات فى تركيبة وعمليات ونتائج النظام الطبى الأمريكى وعلاقاتها بالفعالية والكفاءة والإنصاف ، ويعرض المعلومات عن المشكلات الصحية التى تواجه المجموعة السكانية التى تحتاج إلى خدمات الرعاية الطبية ، والمصادر المتاحة

لتغطية هذه الاحتياجات والتركيبة التنظيمية والمالية للنظام الصحى - من يستخدمه ، وكم تبلغ تكلفته ؟ - وقد بينت أغلب المعلومات المعروضة على «الصحة والولايات المتحدة» (NCHS 1992) وهو من منشورات المركز الوطنى للإحصاء الصحى .

مواصفات المجموعة السكانية المعرضة للمرض :

تعتبر مؤشرات الوضع الصحى للمجموعة السكانية والمتغيرات التنبؤية له كمعايير لكل من الحاجة إلى الرعاية الطبية ونتائجها ، ومن أهم هذه المؤشرات والمتنبئات على سبيل المثال : أسلوب الحياة وعوامل الخطورة (مثل : ارتفاع مستويات الكولسترول والتدخين) وأيضًا حدوث وانتشار الأمراض (وذلك بصفة عامة أو فى حالة أمراض محددة مثل : مرض نقص المناعة المكتسب وارتفاع ضغط الدم) إضافة إلى الحالة المرضية (Moreibity) لما لها من انعكاس فى محدودية الحياة اليومية ، وكذلك معدلات الوفيات (بصفة عامة وأيضًا معدلات خاصة مثل : وفيات الأطفال الرضع ، وأخيرًا حسابات الحياة المتوقعة عند الولادة (life Expectancy) .

أنماط مختارة من أساليب الحياة وعوامل الخطورة :

تعتبر أمراض القلب التاجية أكثر الأمراض كلفة إضافة إلى كونها أكثر مسببات الوفاة فى الولايات المتحدة الأمريكية . ومن أهم عوامل الخطورة المرتبطة بأسلوب الحياة والتى تؤدى إلى الإصابة بأمراض القلب التاجية ، ارتفاع مستوى الكولسترول فى الدم وكذلك عادة التدخين ؛ لذا يشير ارتفاع هذين العاملين فى المجموعة السكانية إلى وجود عبء كبير على نظام الرعاية الطبية إذ إن ربع عموم مواطنى الولايات المتحدة يعانون من ارتفاع مستوى الكولسترول فى الدم (محدد بأكثر من ٢٤٠ ملغ) أو أنهم يدخنون . ونجد أن نسبة النساء اللاتى يرتفع لديهن مستوى الكولسترول (٢٩.٢٪) أعلى بقليل من نسبة الرجال (٢٦٪) ، وكذلك نسبة السكان البيض (٢٨٪) أعلى بقليل من نسبة المواطنين السود الذين يشكون من ارتفاع نسبة الكولسترول (NCHS 1992, 213) . وترتفع نسبة ارتفاع مستوى الكولسترول مباشرة مع ارتفاع العمر ، إذ إن أكثر من (٤٠٪) من المواطنين فى سن (٤٥) سنة أو أكبر ترتفع لديهم

نسبة الكولسترول فى الدم ، إلا أننا نلاحظ أن نسبة المواطنين الذين يشكون من ارتفاع مستوى الكولسترول أخذت بالانخفاض فى جميع الفئات باستثناء فئة الذكور السود . ولا يتضح إذا ماكان سبب هذا الانخفاض العام هو التغيير فى أسلوب الحياة أم بسبب تأثير الرعاية الطبية إذ فيما يدخن (٢٥٪) من المواطنين البالغين نجد أن نسبة المدخنين من الذكور السود تبلغ (٣٥٪) (NCHS 1992, 204) . وبصفة عامة نجد أن نسبة الذكور المدخنين (٢٨.٣٪) أعلى من نسبة الإناث (٢٣.٢٪) ولا يتضح فروقات أخرى تذكر بين الإناث البيض والإناث السود كما يتضح انخفاض نسبة المدخنين فى جميع الفئات عن العقد الماضى .

حدوث وانتشار المرض :

تتضمن الحالات الحادة التى بينها المسح الصحى الوطنى تلك الحالات التى أدت إلى تدخل طبى أو حد فى النشاط الحياتى اليومى ، وخلال عام ١٩٩٠م أُصيب المواطنون بحدثين بالمتوسط ، من هذه الحالات الحادة (NCHS 1992, 201) ولوحظ وجود علاقة عكسية وثيقة بين العمر وعدد الإصابات ، إذ بلغ متوسط عدد الإصابات لدى الأطفال دون سن الخامسة أربع إصابات سنوياً ، فيما أصيب المواطنون فوق سن (٤٥) سنة بحدث سنوى واحد فقط إلا أن انتشار ضغط الدم المرتفع – وهو مرض مزمن ويؤدى إلى السكتة القلبية والسكتة الدماغية – يظهر علاقة مباشرة مع العمر إذ فيما يبلغ انتشاره الكلى (٤٠٪) لدى البالغين نرى أنه يزداد من (١٦٪) للفئة العمرية (٢٠ – ٢٤) سنة إلى (٧٠٪) لمن هم فوق سن (٦٥) عاماً . (NCHS 1992, 212) ، كما يبين انتشار هذا الحدث تفاوتاً ملحوظاً بين الأعراق ، حيث ينتشر فى (٥٠٪) من الإناث والذكور السود من (٢٠) إلى (٧٤) سنة من العمر ، بينما يصيب أقل من (٤٥ ٪) من الذكور البيض وأقل من (٣٥٪) من الإناث البيض فى نفس الفئة العمرية ، كما أن انتشار ضغط الدم المرتفع آخذ بالزيادة فى جميع الفئات منذ عام ١٩٦٠م باستثناء السكان السود فقد استمر مستواه ثابتاً بينهم . وقد سجلت أمراض نقص المناعة المكتسب (الأيدز) أعظم احتياج جديد لخدمات نظام الرعاية الطبية ، إذ ارتفع عدد الإصابات الجديدة المسجلة سنوياً فى الولايات المتحدة من (٤٠٠٠) إصابة فى عام

١٩٨٤م إلى أكثر من (٣٠.٠٠٠) إصابة سنوياً مؤخراً . وقد كانت إصابات الأيدز تقع غالباً بين الذكور الشباب إذ تبلغ إصاباتهم سبعة أضعاف إصابات الإناث ، كما يوجد تفاوت بين الأعراق فى توزيع المرض حيث تقع (٥٩٪) من إصابات الذكور بين البيض و (٥٦٪) من إصابات الإناث والأطفال تقع بين السود (NCHS 1992, 188) .

الوضع المرضى (Morbidity) :

ينعكس تأثير الأمراض المزمنة عملياً فى محدودية النشاط العادى أو الكبير ، ويتم تقدير مدى هذه المحدودية من خلال التقارير الذاتية ، الواردة فى مسح المقابلات للصحة الوطنية . وفى عام ١٩٦٠م أفاد (١٣٪) من المواطنين وجود بعض المحدودية لديهم ، إلا أن المحدودية الشديدة منعت فقط (٤٪) ، من المواطنين من مزاولة نشاط عالٍ (NCHS, 1992, 2000) . وترتفع نسبة المحدودية لدى الذكور من السود وكذلك ذوى الدخل المنخفض ، كما ترتفع هذه المحدودية مباشرة مع ارتفاع العمر .

الوفيات :

بلغت وفيات أمراض القلب (٧٣٣٠٠٠) حالة وفاة فى عام ١٩٨٩م ، إذ إنها أهم سبب للوفاة فى الولايات المتحدة وذلك من حيث الفئات والأعداد ومعدل الوفيات المضبط للعمر . ومن أهم هذه الأمراض القلب الدورية (السكتة القلبية) (NCHS 1992, 158) ، يليها فى الأهمية الأورام الخبيثة التى فتكت بنصف مليون شخص ، ثم أمراض الأوعية الدموية الدماغية (السكتة الدماغية) ، وكان السبب الرابع للوفيات فى نفس العام الحوادث بأنواعها ، ثم أمراض إعاقة القنوات الرئوية المزمنة ، وقد لوحظ انخفاض بطئ - إلا أنه مستمر - فى معدل الوفيات مجتمعة ، وكذلك لكل سبب على حدة باستثناء الأمراض الخبيثة التى استمرت معدلاتها ثابتة (NCHS 1992, 156) ، كما لوحظ أيضاً انخفاض فى معدلات وفيات الأطفال إلا أن الفروقات العرقية لا زالت مستمرة ، فعلى الرغم من أن معدل وفيات الأطفال الكلى لعام ١٩٩٠م بلغ (٩,١) لكل ألف ولادة حية إلا أن معدل وفيات الأطفال البيض تبلغ (٨,٢) ، فيما يزيد معدل وفيات الأطفال السود عن الضعف بواقع (١٧,٧) وهذا الفرق مستمر منذ عام ١٩٦٠م إلى اليوم .

توقعات الحياة عند الولادة :

تنتج توقعات الحياة عن ناتج معدلات الوفيات وعوامل الخطورة المترابطة بها ، إضافة إلى الوضع المرضى ، ويسجل توقعات الحياة فى الولايات المتحدة ارتفاعًا طفيفًا مع مرور الزمن ، فقد بلغ متوسط الحياة المتوقع الكلى للأعراق والجنسين مجتمعة فى الولايات المتحدة عام ١٩٩٠م (٧٥,٤) سنة ، إلا أن الفروق بين الأعراق والجنسين موثقة هنا ، إذ يتوقع للإناث من البيض أطول عمراً بواقع (٧٩,٣) سنة ، يليهن الإناث بين السود بتوقع بلغ (٧٤,٥) سنة ، ثم الذكور من البيض بتوقع (٧٢,٦) سنة وأخيراً الذكور من السود (٦٦) سنة (NCHS 1992, 140) .

مواصفات نظام تقديم الرعاية الطبية :

تُبرز المناقشة التالية تيسر وتنظيم وتمويل النظام الطبى الأمريكى والتغييرات التى طرأت عليه خلال العقود الثلاثة الماضية وبخاصة تلك التى مسّت ملاك الأطباء والمستشفيات ومنظمات الرعاية المدبرة انظر الشكل (٣ -١) . فيما يتعلق باستخدام خدمات الرعاية الصحية فإن الأطباء هم ـ فعلاً ـ متخذو القرار ، بينما تستهلك المستشفيات المصادر المتاحة أكثر من أى قطاع آخر ، أما منظمات الرعاية المدبرة فتسعى إلى دمج كل من تقديم الرعاية الطبية وكذلك تمويلها ، وهى عنصر من عناصر نظام تقديم الرعاية الصحية فى الولايات المتحدة التى تتمتع بنمو مستمر .

توفر الرعاية الصحية :

تم إدراك وجود نقص متزايد فى أعداد الأطباء منذ ١٩٦٠م إذ كان يعمل آنذاك (٢٥٩٤٠٠) طبيب فى الولايات المتحدة أى بمعدل (١٤) طبيبًا لكل (١٠٠٠٠) من السكان ، الأمر الذى أدى إلى توسع كبير فى الإنفاق على الكليات الطبية من كل من حكومات الولايات ، وأيضًا من الحكومة الفدرالية ، وقد أدى هذا التوسع إلى ازدياد عدد كليات الطب من (٨٦) كلية عام ١٩٦٠م إلى (١٢٧) كلية عام ١٩٨٢م ، وبذا ازداد عدد خريجى الطب من (٧٠٠٨١) خريجًا سنويًا إلى (١٥٩٨٥) خريجًا سنويًا خلال

الفترة نفسها . وبذلك يتوقع أن يرتفع عدد الأطباء فى الولايات المتحدة إلى (٧٢١٦٠٠) طبيب بحلول عام ٢٠٠٠م أى بنسبة (٢٦,٩) لكل (١٠٠٠٠) من السكان (NCHS 1992, 245, 251) مما يثير القلق عن نشوء فائض فى الأطباء يتعدى احتياج السكان (Reinhardt 1991) ، كما طرأت تغييرات أساسية على بيئة عمل المستشفيات خلال الثلاثين سنة الماضية من أهمها التطور السريع فى التقنية الطبية والتوسع فى خدمات العيادات الخارجية ، ونمو نظم المستشفيات التعددية ، وبروز تنافس شديد بين المستشفيات المختلفة من جهة وبين المستشفيات مجتمعة ومصادر تقديم الرعاية الطبية الأخرى من الجهة الأخرى ، إضافة إلى التغيير الجذرى فى نظام مدفوعات مديكير (Medicare) الذى يؤمن نصف ريع جميع المستشفيات تقريبًا ، إذ استبدل نظام التعويض بأثر رجعى حسب النفقات المسجلة على المريض إلى نظام المدفوعات المسبقة وفق الفئات المرتبطة بالتشخيص (DRG) .

وقد بلغ عدد مستشفيات الإقامة القصيرة (٥٨٠٨) فى الولايات المتحدة عام ١٩٨٩م منها (٣١٪) مستشفيات حكومية (غالبًا تابعه للحكومة المحلية) و (٥٦٪) منها غير حكومية وغير ربحية فيما كانت نسبة المستشفيات الربحية (التجارية) (١٣٪) ، وتمثل هذه المستشفيات فى مجموعها (١,٠١) مليون سرير معظمها من مستشفيات حكومية ومستشفيات غير حكومية غير ربحية ، فيما كان نصيب المستشفيات الربحية (١٠٪) من الأسرة وهو ضعف نصيبها عام ١٩٦٠م (NCHS 1992, 225) ، كما ارتفع معدل أسرة المستشفيات العامة من (٣,٦) سرير لكل ألف من السكان عام ١٩٦٠م إلى (٣,٨) فى عام ١٩٨٩م بعد انخفاضه من (٤,٥) لكل ألف من السكان عام ١٩٨٠ . كما انخفضت نسبة شغل الأسرة من (٧٦٪) عام ١٩٦٠م ، إلى (٦٧٪) عام ١٩٨٩م ، وقد سبق معظم هذا الانخفاض الشروع فى تطبيق برنامج الدعم المسبق لمرضى مديكير عام ١٩٨٤م (NCHS 1992, 225, 258) .

التنظيم :

يعمل حاليًا (٣٠٪) من الأطباء غير الحكوميين ضمن إطار العيادات الشاملة (Group Practice) مقارنة بنسبة (٦,١٠٪) عام ١٩٦٥م ، وقد ارتفع متوسط عدد

الأطباء العاملين فى العيادة الشاملة الواحدة من (٦,٦) أطباء إلى (٩,٦) أطباء فى نفس الفترة ، هذا ، ويتعاقد (٥٠٪) من هذه العيادات الشاملة مع - على الأقل - واحدة من منظمات صيانة الصحة (HMO) (Health Maintenance organizations) وهى منظمات تضمن تقديم رعاية طبية شاملة ضمن نظام رعاية لمجموعة سكانية تشترك فيها خيارياً مقابل رسوم اشتراك محددة مسبقاً ، فيما يتعامل (٢٠٪) من العيادات الشاملة مع مثل هذه المنظمات على أساس معالجة المرضى المحولين إلى العيادات ، كما يتعاقد (٥٦٪) من هذه العيادات مع - على الأقل - واحدة من منظمات مقدم الرعاية المفضل (Preferred Provider Organizations PPO) وهى منظمات (إدارية) تتعاقد لتقديم الخدمات الصحية برسوم مخفضة بشروط «مراجعة الاستخدام» مقابل تشجيع المؤسسات المتعاقدة معها لمنسوبيها على استخدام شبكة الأطباء والمستشفيات التى تتعاقد معها منظمات مقدم الرعاية المفضل . من أهم ردود الفعل فى النظام الصحى لمواجهة نظام المدفوعات المسبق (PPS) والإستراتيجيات الأخرى إلى احتواء التكاليف الصحية ، تطوير تحالفات إستراتيجية بين المستشفيات ، ففى القطاع الخاص أخذت الشركات الكبرى للمستشفيات شراء المستشفيات فى مناطق مختلفة وتطبيق إدارة مركزية وموحدة لرفع مستوى الكفاءة ، وبالتالى لرفع مستوى الأرباح . كما أخذت المستشفيات غير الربحية (Nonproft) بالانتساب إلى المستشفيات الأخرى فى نفس المنطقة من أجل تطوير أنماط التحويل بينها والمشاركة بالخدمات وربما أيضاً من أجل حماية أنفسها من توسع شبكات المستشفيات التجارية ، وحيث كانت نسبة المستشفيات المنتسبة (٣٠٪) عام ١٩٧٩م فقد ارتفعت هذه النسبة إلى (٤٥٪) من المستشفيات عام ١٩٨٧م ، وإذا استمرت هذه الظاهرة فقد تصل النسبة إلى (٨٠ ٪) عام ٢٠٠٠ (Luke, Begun, and Pointer, 1989) .

التمويل :

لا يزال الأسلوب الأكثر شيوعاً فى مدفوعات الأطباء هو تقديم الخدمات الطبية مقابل رسوم مباشرة (Fee for Service) ، علماً بأن انتساب الأطباء إلى منظمات التأمين المسبق (مثل HMO) قد بدأ فى الانتشار منذ ١٩٧٠م . وحتى زمن قصير كان

الأطباء يملون رغباتهم فى تحديد قيمة الرسوم التى يتقاضونها وكيفية ذلك ، مما أدى إلى ارتفاع دخول الأطباء مقارنة بالموظفين وبالعاملين بالمهن الأخرى فى الولايات المتحدة الأمريكية إذ كان متوسط دخل الطبيب السنوى (١٣٢٣٠٠) دولار فى عام ١٩٨٧ وهو (٥,٤) أضعاف متوسط الدخل لغير الأطباء فى الولايات المتحدة (OECD 1991) .

بعد أن قضى المحللون إلى قصور نظام المدفوعات التقليدى للأطباء من حيث الكفاءة والإنصاف ، إذ كان النظام يكافئ الرعاية الطبية الإجرائية على حساب الرعاية التشخيصية وفيه كان الأطباء يتقاضون رسومًا متفاوتة للخدمة ذاتها ، كما أجمعوا على شدة تعقيد هذا النظام وصعوبة فهمه وتطبيقه ، لذا بدأ فى عام ١٩٨٤م بذل الجهود الجادة لتجميد الرسوم ، وتم تطوير نظام جديد لمدفوعات الأطباء باستخدام مقياس القيمة النسبية المبنية على المصادر المستهلكة (Resource-based Relative Value) ، وفى مطلع ١٩٩٢م بدأت إدارة التمويل الصحى (HCFA) فترة انتقالية للعمل نهائيا بهذا المعيار الجديد (انظر الفصل الخامس) . ولم تقتصر هذه الجهود على الأطباء فقط إذ بدأت حركة احتواء تكلفة المستشفيات عمليًا مع تنفيذ نظام المدفوعات المحددة مسبقًا الخاص بمديكير (Medicare PPS) فى عام ١٩٨٤م رغم تجارب العديد من الولايات فى تطبيق برامج لتحديد رسوم المستشفيات منذ زمن طويل ، ففى ظل هذا النظام الجديد (PPS) يدفع المستفيد للمستشفيات مبلغًا محدداً مسبقًا مقابل كل مريض يخرج من المستشفى عوضاً عن تسديد الرسوم بناءً على التكلفة المعقولة بعد خروج المريض . وتختلف الرسوم المدفوعة مسبقًا حسب فئات المجموعة المرتبطة بالتشخيص (DRG) ، علماً بأن التكاليف الثابتة يتم تسديدها مبدئيًا وفق مبدأ التكلفة المعقولة ، ثم يتحول إلى دمجها تدريجيًا ضمن رسوم الفئات التشخيصية ، كما يتم تحديث قيمة الرسوم سنويًا للأخذ بالاعتبار الاختلافات فى مؤشر أسعار مدخلات المستشفى . كما ازداد الدور الذى يلعبه التأمين الصحى الحكومى والتأمين الصحى الخاص فى تمويل الخدمات الصحية فى الولايات المتحدة الأمريكية ، ففى عام ١٩٩٠م بلغت نسبة المصروفات الصحية الشخصية المدفوعة مباشرة من قبل المستفيدين أنفسهم (٢٠٪) مقابل (٥٦٪) عام ١٩٦٠م ، كما بلغت نسبة ماسددته مؤسسات التأمين الخاصة ومن أهمها تنظيم الصليب الأزرق والدرع الأزرق (Blue cross & Blue Sheild) والتأمين الذاتى بواسطة أرباب العمل ، والتأمين المستقل وشركات التأمين التجارية

(٣٢٪) من التكلفة عام ١٩٩٠م مقابل (٢١٪) عام ١٩٦٠م ، كما كان نصيب برامج التأمين الحكومى من التكاليف (٤١٪) (١١٪ من الحكومات المحلية وحكومة الولاية و ٣٠٪ من الحكومة الفدرالية) فى عام ١٩٩٠م وهو ضعف نسبة المدفوعات الحكومية عام ١٩٦٠م – (Levit et al, 1991, 50) . وعلى الرغم من هذا النمو فى التأمين الحكومى والخاص لا زال هناك (٣٥) مليون شخص بدون تأمين صحى إطلاقًا وعدد مماثل لديهم بعض التأمين والذى لا يغطى جميع احتياجاتهم (NCHS 1991, 291) .

نظم إدارة الرعاية الطبية : (Managed Care)

تشمل نظم الرعاية الطبية المدارة أنماطًا مختلفة من منظمات صيانة الصحة ومنظمات مقدم الرعاية المفضل (PPO) ، وقد نما عدد منظمات صيانة الصحة (HMO) وعدد المشتركين فيها نمواً كبيراً منذ أوائل السبعينيات ، فقد ارتفع عدد المنظمات فى الفترة من ١٩٧٦ – ١٩٩١م من (١٧٦) منظمة إلى (٥٥٣) منظمة ، كما ارتفع عدد المشتركين فيها من (٦) ملايين إلى (٣٤) مليون شخص ، إلا أنه فيما يمثل ماسلف نمواً كبيراً ويبين أن منظمات صيانة الصحة (HMO) تعتبر منافسًا نشطًا لمنظمات التأمين الصحى التقليدية فى عدد من المدن ، إلا أن عدد المشتركين فى هذه المنظمات لايتعدون (١٣٪) من سكان الولايات المتحدة المدنيين (NCHS 1992, 293) . كما تشمل الاتجاهات الحديثة أيضًا نمو عدد منظمات الرعاية المدارة الأخرى مثل : منظمات مقدم الرعاية الصحية المفضل (PPO) ، ومنظمات صيانة الصحة (HMO) غير التقليدية ، أى تلك التى تسمح لمشتركيها باختيار مقدمى الرعاية الصحية من غير منسوبيها مقابل دفع جزاء مالى محدد . ويتضح هذا النمو الكبير من خلال مؤشرات عديدة منها أن عدد المشتركين فى هذه المنظمات غير التقليدية خلال عام ١٩٩٠ – ١٩٩١م الذى بلغ (٢٨,٥) مليون مشترك قد فاق عدد المشتركين فى المنظمات التقليدية الذى بلغ (٢٥,٣) مليون مشترك خلال الفترة ذاتها / هذا وقد بدأت مؤخراً المؤسسات التأمينية الأخرى مثل : منظمات أرباب العمل الخاص وبرامج مديكير الفيدرالية – من خلال عقود – وكذلك برامج مديكيد – على مستوى الولاية وكذلك المستوى الفدرالى – بمحاولة تشجيع اشتراك المستفيدين من خدماتهم فى منظمات صيانة الصحة (Interstudy 1992) . (HMO)

استخدام نظام الرعاية الطبية :

تعكس معدلات استخدام الرعاية الطبية ، معاملات عدة بين مقدمى الخدمة الصحية والمرضى ، وتقع فى منشأة للرعاية الطبية الخارجية مثل عيادات الأطباء الخاصة ، أو عيادات الصحة العامة ، أو فى المستشفيات ، أو فى دور المسنين إضافة إلى منشآت صحية أخرى .

خدمات الرعاية الطبية الخارجية : (Ambulatory Services)

بلغ متوسط عدد مراجعات المواطنين الأمريكيين المدنيين غير المنومين فى مؤسسات صحية (٥,٥) مراجعة للطبيب خلال عام ١٩٩٠م (NCHS 1992, 219) ، وتراوح عدد المراجعات السنوية للطبيب من (٤,٧) مراجعة للشخص للذكور و (٦,١) مراجعة للإناث ، وكان متوسط عدد مراجعات المواطنين أكثر من مراجعات المواطنين السود بعشرة بالمئة إذ بلغ متوسط عدد مراجعات البيض (٥,٦) مراجعة للشخص بالعام مقابل (٥,١) مراجعة للسود ، ويلاحظ ارتفاع تدريجى فى متوسط عدد المراجعات للفرد فى السنة على مر الزمن لجميع الفئات ، ويبدو تأثير سن وتطبيق قانون مديكيد ومديكير فى عام ١٩٦٥م جليًا على واحدة من هذه الفئات بالتحديد ، إذ ارتفع متوسط عدد مراجعات السود للأطباء من (٣,٦) مراجعة سنوية للفرد فى عام ١٩٦٤م إلى (٤,٩) مراجعة سنوية فى عام ١٩٧٥م (NCHS 1983, 90) . هذا وكان متوسط عدد مراجعات المواطنين إلى أطباء الأسنان فى عام ١٩٨٩م (٢,٨) مراجعة للشخص (NCHS 1992, 223) . وفيما تساوى متوسط عدد مراجعات الذكور والإناث ، فقد كانت مراجعات المواطنين البيض بواقع (٢,٣) مراجعة للفرد أعلى من المراجعات المسجلة للسود التى بلغت (١,٢) مراجعة سنوية فقط ، وقد لوحظ زيادة مستمرة لمراجعات البيض لأطباء الأسنان منذ عام ١٩٦٤م ، ولم يطرأ أى تغيير على معدلات استخدام السود منذ عام ١٩٨٣م .

خدمات التنويم :

بلغ معدل حالات الخروج من المستشفيات قصيرة المدى فى عام ١٩٩٠م (٩١) حالة خروج لكل ألف من السكان (NCHS 1992, 224) ، ولم يختلف كثيراً المعدل المسجل

للسكان البيض عن هذا المعدل العام إلا أن معدل حالات الخروج للسكان السود كان أكبر ، حيث سجل فى نفس العام (١١٢) حالة خروج لهم لكل ألف من السكان الأمريكيين . ومنذ صدور قانون رعاية المسنين والمعوزين (Medicare & Medicaid) فى عام ١٩٦٤م أخذ معدل حالات خروج المرضى من المستشفى بالانخفاض بالنسبة للسكان البيض إلا أن معدل السكان السود قفز من (٨٤) لكل ألف من السكان فى عام ١٩٦٤م إلى (١١٥,٢) فى عام ١٩٨٥م . ومن أهم المعايير المستخدمة فى قياس استخدام المستشفى أيضا إضافة إلى متوسط أعداد الدخول أو الخروج من المستشفى ، معيار متوسط عدد أيام الإقامة فى المستشفى ، ويعكس هذا المعيار صورة مماثلة لتلك التى يرسمها معيار معدل الدخول إلى المستشفى ، على مر الزمن ، ففى عام ١٩٩٠م كان متوسط عدد أيام الإقامة فى المستشفى (٦,٧) أيام للسكان بصفة عامة ولا يختلف هذا المتوسط المسجل للمرضى من السكان البيض مثل : المعيار السابق (NCHS 1992, 225) ، وقبل عام ١٩٦٤م أى قبل صدور قانون رعاية المسنين والمعوزين (Medicare & Medicaid) سجل المرضى من السكان السود أعلى متوسط لأيام الإقامة فى المستشفى بواقع (١٢,٧) أيام مقابل حوالى (٩) أيام لمجموع السكان الكلى ، وقد سجل هذا المعدل انخفاضاً مستمراً عبر الوقت لجميع الفئات ، إلا أن أكبر انخفاض كان للمرضى من السكان السود ، فقد انخفض معدل إقامتهم فى المستشفى إلى (٧,٨) أيام فى ١٩٩٠م .

تعد الإجراءات الطبية من عناصر استخدامات المستشفى المكلفة ، ونلقى الضوء هنا على نوعين من الإجراءات ، الأول : هو الإجراءات التشخيصية ، والإجراءات غير الجراحية الأخرى والنوع الثانى : هو العمليات الجراحية . وبما أن استخدام الإجراءات والعمليات تميل إلى كونها مرتبطة بأحد الجنسين سيتم بيان معدلات الاستخدام لكل جنس على حدة . فى عام ١٩٩٠م كان أكثر الإجراءات التشخيصية استخداماً للمرضى الذكور المنومين فى المستشفى إجراء تصوير الأوعية القلبية باستخدام صبغة مغايرة لإظهار الشرايين التاجية ، إذ بلغ معدل استخدامها (٦,٩) إجراء لكل ألف من السكان (NCHS 1992, 233) ، ويليه إجراء استخدام الأشعة المقطعية (C.T. scan) بمعدل (٥,٨) إجراء لكل ألف من السكان ، ثم استخدام الموجات فوق

الصوتية التشخيصية بمعدل (٥,٤) إجراء لكل ألف من السكان ، يليه معدل استخدام منظار المثانة الذى بلغ (٢,٧) إجراء لكل ألف من السكان . هذا وقد ارتفع معدل استخدام الإجراءات الثلاثة الأولى أربعة أضعاف خلال العقد الماضى من ١٩٨٠م ، فيما انخفض معدل استخدام إجراء منظار المثانة بعض الشيء . أما بالنسبة للإناث فحلت نفس الإجراءات الثلاثة الأولى للرجال فى مقدمة الإجراءات المستخدمة مع اختلاف الترتيب ، حيث كان أكثر الإجراءات استخداماً للإناث إجراء الموجات فوق الصوتية التشخيصية ، يليها استخدام إجراء الأشعة المقطعية (C.T. scan) ، وثالثاً : تصوير الأوعية القلبية وكانت معدلات استخدامها (٦,٢) و (٤,٩) و (٣,٥) على التوالى ، ويعزى وجود معدل استخدام الموجات فوق الصوتية التشخيصية فى المركز الأول إلى استخدامها فى تصوير الأجنة أثناء الحمل ، وقد ارتفع معدل استخدام هذه الإجراءات الثلاثة أربعة أضعاف أيضاً خلال عقد من الزمان منذ ١٩٨٠م . أما معدل الاستخدام الرابع للإناث فكان التصوير بالنظائر المشعة بمعدل (٢,١) إجراء لكل ألف من السكان . أما بالنسبة للإجراءات الجراحية فقد وردت العمليات الجراحية الأكثر استخداماً للذكور بالترتيب التالى ، **أولاً** : قسطرة القلب بمعدل (٥,٢) لكل ألف من السكان ، ثم استئصال غدة البروستاتا (٢,٨) إجراء لكل ألف من السكان ، يليها عمليات الكسور بمعدل (٢,٤) إجراء وعمليات إصحاح الانسداد التاجى بمعدل (٢,٤) إجراء أيضاً (NCHS 1992, 231) . هذا وقد تضاعف معدل استخدام قسطرة القلب خلال العقد الماضى فيما انخفضت معدلات الإجراءات الأخرى بعض الشيء . أما بالنسبة للإناث فكانت أكثر العمليات شيوعاً تلك المتعلقة بالولادة خاصة عمليات الولادة الطبيعية بمعدل (١٧,٣) لكل ألف من السكان وهو ثلاثة أضعاف العمليات القيصرية التى استخدمت بمعدل (٦,٦) إجراء لكل ألف من السكان ، وعمليات فتح جدار المهبل بمعدل (٥,٥) ، يليها عمليات استئصال الرحم بمعدل (٤,٣) ، ثم عملية استئصال المبيض بمعدل (٣,٤) ، ثم إجراء قناة فالوب بمعدل (٢,٩) ، يليها عمليات كحت الرحم (D & C) بمعدل (٠,٨) إجراء لكل ألف من السكان . وقد ارتفع معدل العمليات القيصرية بخمسة وعشرين فى المئة منذ عام ١٩٨٠م ، فيما انخفض معدل عمليات ربط قناة فالوب وكحت الرحم انخفاضاً ملحوظاً .

خدمات دور المسنين :

قد يكون الارتفاع المفاجئ لعدد نزلاء دور المسنين ومنظمات الرعاية الشخصية من أهم آثار قانون المساعدة الطبية للمسنين والمعوزين (Medicare & Medicaid) ، فمنذ عام ١٩٨٥م كان عدد المقيمين فى مثل هذه المنظمات ممن هم فوق الخامسة والستين من العمر (٤٦,٢) لكل ألف من السكان (NCHS 1992, 236) ، ويفوق عدد الإناث فى هذه المنظمات (٥٧,٦/١٠٠٠ من السكان) عدد الذكور (٢٩/١٠٠٠ من السكان) كما يفوق عدد المسنين من السكان البيض عدد السكان السود فى هذه المنظمات بمعدل (٤٧,٧) مقابل (٣٥) لكل ألف من السكان ، ويتضح أن معدلات البيض قد تضاعفت منذ سن قانون المساعدة الطبية للمسنين والمعوزين (Medicare & Medicaid) فى عام ١٩٦٤م ، فيما ارتفعت معدلات السكان السود المقيمين فى دور المسنين ثلاثة أضعاف .

المصروفات والتكاليف :

بلغت مصروفات الرعاية الصحية الوطنية على النظام الطبى الأمريكى البالغ التعقيد والاستناد على التقنية المكلفة (٦٦٦,٢) بليون دولار أمريكى فى عام ١٩٩٠م مقارنة بمبلغ (٢٧,١) بليون دولار فى عام ١٩٦٠م . وفى الفترة ذاتها ارتفعت مصروفات الرعاية الصحية السنوية من (١٤٣) دولاراً إلى (٢٥٦٦) دولاراً للفرد ، كما ارتفعت من (٥,٣٪) إلى (١٢,٢٪) من مجمل الإنتاج القومى (Levit et al, 1991, 46) . وفيما ارتفعت جميع مصروفات الرعاية الوطنية ، فإن التحول الذى طرأ فى توزيع الإنفاق على الخدمات كان فى الدرجة الأولى نحو الإنفاق على الرعاية فى المستشفيات وفى دور المسنين وبعيداً عن الإنفاق على الأدوية والمصروفات الطبية المتفرقة الأخرى . وتمثل المستشفيات أكبر قطاع للإنفاق ، فقد ارتفعت نسبة الإنفاق فى هذا الجانب من (٣٤٪) عام ١٩٦٠م إلى (٣٨٪) فى عام ١٩٩٠م (NCHS 1992, 268) . ويبدو أن الجهود المبذولة نحو احتواء التكاليف قد نجحت فى كبح النمو فى الإنفاق على المستشفيات ، أما الإنفاق على خدمات الأطباء فقد ثبت على نسبة (٢٠٪) من الإنفاق الوطنى على الرعاية الصحية ، كما زاد الإنفاق على دور المسنين مع ارتفاع نسبة المسنين من السكان ، والتوسع فى برامج رعاية المسنين الحكومية إذ ارتفعت نسبة

الإنفاق من (٤٪) من الإنفاق الكلى على الرعاية الصحية فى عام ١٩٦٠م إلى (٨٪) فى عام ١٩٩٠م ، ومع أن مستويات الإنفاق الصحى المطلق ارتفعت جميعها إلا أن الحصة النسبية المنفقة على الأدوية والمتفرقات الطبية الأخرى قد انخفضت منذ ١٩٦٠م . أما الإنفاق الشخصى على الرعاية الصحية - وهو الإنفاق المباشر من أجل الحصول على الرعاية خارج نطاق التأمين - فقد ارتفع بحدة وخاصة بعد تطبيق قانون المساعدة للمسنين والمعوزين (Medicare & Medicaid) فى عام ١٩٦٥م واستمر بنزعة قوية نحو الارتفاع فى السبعينيات التى كانت فترة تضخم عام مرتفع ، وبدأ النمو فى التقهقر مبدئيًا فى الثمانينيات نتيجة تدابير احتواء التكاليف الصحية وأيضًا نتيجة انخفاض مستوى التضخم العام . إلا أن ارتفاع التكاليف الصحية عاود الاستمرار مجدداً وذلك بنسبة (١٠,٥٪) بين ١٩٨٩ - ١٩٩٠م ، ومن أهم الأسباب التى ساهمت فى ارتفاع الإنفاق الشخصى على الرعاية الصحية التضخم الاقتصادى العام والزيادة فى استخدام الخدمات الطبية إضافة إلى زيادة كثافة الخدمات المستخدمة للفرد (Levit et al 1991) . ولتلخيص وضع التكاليف والمصروفات الصحية فإنه نتيجة للمحاولات المتضاربة لمجابهة معضلتى الوصول إلى الخدمة الطبية وأيضًا ارتفاع التكاليف ، فقد واجه الأطباء والمستشفيات ومؤسسات التأمين والمستفيدون من الخدمة تغييرات جذرية فى تنظيم وتمويل الرعاية الطبية خلال الثلاثين سنة الماضية وجميع هذه التدابير الجديدة هى جزء من مؤسسة طبية جديدة متحدة فى نظام الرعاية الصحية الأمريكية (Starr 1982) ، حيث يجاهد صانعو السياسات الصحية ويتكبدون التكاليف الصحية معًا من أجل صياغة سياسة مناسبة لمجابهة هاتين المعضلتين فى محيط نظام الرعاية الصحية الفريد بتعدديته .

تتناول الفصول اللاحقة الأساسيات الفكرية والمنهجية والتجريبية لكل من الفعالية والكفاءة والإنصاف فى نظام الرعاية الطبية الأمريكى ، وتستعرض تطبيقات بحوث الخدمات الصحية الخاصة باتخاذ القرار خاصة فيما يتعلق بتدابير النتائج الطبية وإصحاح نظام مقايضة الأطباء ونظام التأمين الصحى الشامل لبيان الدور الذى تلعبه بحوث الخدمات الصحية فى تحليل السياسات بمقارنة خيارات التأمين الصحى الشامل المتاحة ، وذلك باستخدام المعايير المنبثقة من مفاهيم الفعالية والكفاءة والإنصاف .

المراجع :

- American Medical Association. 1990 Medical group Practice in the United States. Chicago: American Medical Association.
- Anderson, O.W. 1991. The Evolution of Health Services Research: Personal Reflections on Applied Social Science. San Francisco: Jossey-Bass.
- ___ 1990. Health Services as a growth Enterprise in the United States since 1875.
- 2nd ed Ann Arbor. Health Administration Press.
- Brown L. D. 1991. "Konwledge and Power. Health Services Research as a Political Resource". In Health Services Research: Key to Health Policy, edited by E. Ginzberg. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Chio, T., and J. N. Greenberg. 1982 Secial Science Aporoaches to Health Services. Resarch. Ann Arbor' Health Adminstration Press.
- Defriese, G. H., T. C. Ricketts, III, and J. S. Stein, eds. 1989. Methodological Advances in Health Services Research. Ann Arbor. Health Administration Press.
- Dunn, W. N. 1981. Public Policy Analysis. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Flook, E. E., and P. J. Sanazaro, eds. 1973. Health Services Research and R&D in Perspectiue. Ann Arbor' Health Administration Press.
- Ginzberg, E, ed. 1991. Health Services Research: key to Health Policy. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Institute of Medicine 1979. Report on Health Services Research. Washington, DC: National Academy of Sciences.
- Interstudy. 1992-1991 Managed Care Firms. Excelsior, MN: Interstudy.
- Levit, K. R., H. C. Lazenby, C. A. Cowan, and S. W. Letsch 1990. "National Health Expenditures 1990" Health Care Financing Review 13 (1): 29 - 54.
- Luke, R. D., J. W. Begun, and D. D. Pointer. 1989. "Quasi-firms: Strategic Interorganizational Forms in the Health Care Industry". Academy of Management Review 14 (1): 9 - 19.
- National Center for Health Statistics. 1983. Health, United States, 1982. DHHS Pub. No. PHS 83 - 1232 Washington, DC: U. S. Government Printing Office.
- ___ 1992 Health, United States, 1991. DHHS Pub. No. PHS 92 - 1232. Washington, DC: U. S. Government Printing Office.
- OECD Health Data: A Software Package for the International Comparison of Health Care Systems. 1991. Ver 1.01. Paris: Organization for Economic Cooperation and Development.
- Physician Payment Review Commission. 1991. Annual Report to Congress, 1991. Washington, DC: Physician Payment Review Commission.
- Reinhardt, U. E. 1991. "Health Manpower Forecasting: The Case of Physician Supply". In Health Services Research: Key to Health Policy, edited by E. Ginzberg. Cambridge, M: Harvad University Press.

- Russell, L. B. 1989. Medicare's New Hospital Payment Saystem: Is It Working? Washington, DC: Brookings Institution.
- Shortell, S. M., and U. E. Reinhardt, eds. 1992. Improving Health Policy and Management: Nine Ciritcal Research Issues for the 1990s. Ann Arbor: Health Administration Press.
- Shortell, S. M., and W. C. Richardson. 1978. Health Program Evaluation. St. Louis: C. V. Mosby.
- Starr, P. 1982. The Social Transformation of American Medicine. New York: Basic Books.
- White, K. L. 1992. Health Services Research: An Anthology. Scientific Publication No. 534. Washington, DC: Pan American Health Organization, Pan American Sanitary Bureau, Regional Office of the Wold Health Organization.

الفصل الثانى

الفعَّاليِّة : مفاهيم ومنهجيات

هل تؤدى الرعاية الطبية أية منفعة ؟ على الرغم من أن هذا السؤال قد طرح كثيراً إلا أنه سؤال مضلل ببساطته ويتضمن سؤالين أساسيين **(أولاً)** ماهى إسهامات الرعاية الطبية نحو صحة السكان ؟ **(ثانيًا)** هل بالإمكان تحسين فعالية الرعاية الطبية السريرية ؟ كل من هذين السؤالين يعنى بالفعالية وهى المنافع التى يمكن نيلها من الرعاية الطبية ، ويسعى هذا الفصل إلى تحديد مفهوم فعالية الرعاية الطبية وفحص المنهجيات الرئيسية لتقديرها .

وخير مكان للبدء منه فى تناول السؤال الأول هو فى بحث التغيير الذى طرأ على معدلات الوفيات فى السكان على مر الزمن ، ومساهمات الرعاية الطبية فى أى تحسن يلاحظ عليها . لقد انخفضت جميع معدلات الوفيات الناتجة عن الأمراض المعدية خلال هذا القرن فى الولايات المتحدة الأمريكية ، إذ انخفض معدل الوفيات المعيارى بسبب مرض السل من (٢٠٠) وفاة لكل (١٠٠,٠٠٠) من السكان إلى أقل من (١٠) وفيات خلال فترة خمس وسبعين سنة ، كما انخفضت الوفيات بسبب الالتهابات الرئوية من أكثر من (١٥٠) وفاة لكل (١٠٠,٠٠٠) من السكان إلى أقل من (٢٥) وفاة ، كما سُجل انخفاض جذرى فى الوفيات من الخناق والتيفوئيد وأمراض معدية أخرى فى الفترة من ١٩٠٠م إلى ١٩٧٣م وتستمر فى الانخفاض إلى اليوم (Mckinlay and Mckinlay1977) . كما اتبعت معدلات وفيات الأطفال نمطًا مماثلاً بانخفاض سريع من مستوى مرتفع بمعدل (٦٠) وفاة لكل (١٠٠٠) ولادة حية فى عام ١٩٣٠م إلى (٢٩,٢) فى عام ١٩٥٠م ، وقد قل معدل الانخفاض من (٤,٣٪) بالعام إلى (٢٪) بالعام سنة ١٩٥٠م ، ثم ارتفع إلى (٥٪) سنوياً عام ١٩٧٠م حين كان المعدل (٢٠) وفاة لكل (١٠٠٠) ولادة حية ، وفى عام ١٩٩٠م كان المعدل الوقتى قد انخفض إلى (٩.١) وفاة لكل (١٠٠٠) ولادة حية ، أما بالنسبة للسكان السود فكانت معدلاتهم أعلى خلال القرن إلا أن النمط كان مماثلاً للبيض ، فقد كان المعدل حوالى (١٠٠) وفاة لكل (١٠٠٠) ولادة حية فى عام ١٩٣٠م و (٤٣,٩) فى عام ١٩٥٠م و (٣٢,٢) عام ١٩٧٠م . وفى

عام ١٩٨٩م كان معدل وفيات الأطفال الرضع للسكان السود (١٧,٧) وفاة لكل ألف من الولادات الحية (NCHS 1992, 141) ، إلا أن إدارة خدمات الصحة العامة نشرت فى الأربعينيات مجموعة من التحليلات (Moriyama and Gover 1984, Woolsey and Moriyama 1948) التى وثقت الانخفاض فى وفيات الأمراض الحادة المعدية وأيضًا ارتفاعًا سريعًا فى الوفيات من الأمراض المزمنة وبخاصة أمراض القلب التاجية . وبعد تضبيط المعدل لتوزيع الأعمار المختلف للسكان أظهرت البيانات أن الوفيات الناتجة عن أمراض القلب التاجية ارتفعت من المستوى المتواضع بمعدل (١٦٨) وفاة لكل (١٠٠,٠٠٠) من السكان فى عام ١٩٠٠م إلى (٣٣٩) فى عام ١٩٤٠م . كما ارتفعت نسبة الوفيات بسبب أمراض القلب من (٨٪) إلى (٢٧٪) خلال الفترة ذاتها ، وقد تلا هذا الارتفاع الحاد ثباتًا فى مستوى وفيات أمراض القلب تطور بعد ذلك إلى انخفاض طفيف وأخيرًا إلى انخفاض هام ومطرد فى وفيات أمراض القلب التاجية الذى استمر إلى اليوم .

وفى خلال نفس الفترة أخذ متوسط العمر المتوقع – الذى يعكس انخفاض معدلات الوفاة وكذلك تأخر حدوثها – بالارتفاع لكل من الذكور والإناث والسكان السود والبيض حيث كان متوسط العمر المتوقع فى بداية القرن للذكور البيض (٤٧) سنة ، وقد ارتفع إلى (٦٧) سنة عام ١٩٦٠ ، وفى عام ١٩٨٠م ارتفع إلى (٧٠) سنة ، وفى عام ١٩٩٠م وصل إلى (٧٣) سنة . كما كان متوسط العمر المتوقع للإناث البيض (٤٩) سنة فى مطلع هذا القرن ، ومع أنه كان دومًا أعلى من متوسط الذكور البيض إلا أنه اتبع نفس النمط حتى وصل إلى مستواه الحالى بمقدار (٧٩) سنة . كما استمرت معدلات الذكور والإناث السود بنمط مماثل ، ولكن بمستوى أقل من البيض إذ كان متوسط العمر المتوقع للذكور السود (٦٦) سنة وللإناث السود (٧٥) سنة فى عام ١٩٩٠م (NCHS 1992, 140) .

يبدو أن القضاء على وفيات الأمراض المعدية الحادة والانخفاض الملحوظ فى وفيات الأطفال والانخفاض الحاد فى مسببات الوفاة الرئيسية (باستثناء وفيات السرطان التى استمرت بنفس المستوى) وما نتج عن ذلك من ارتفاع فى متوسط العمر المتوقع وكأنه بشير عصر جديد من الإنجازات فى حقل الرعاية الصحية ، إلا أن هذه

النجاحات لم يتبعها جيل جديد ينمو خالياً من الأمراض بل تبعها وباء جديد لمرض معدٍ رهيب ، إذ خلال عقد من الزمان ظهر مرض نقص المناعة المكتسب فى المركز التاسع كسبب رئيسى للوفيات بين السكان عامة ، واحتل المركز الثانى كسبب لوفيات الذكور بين عمر (٢٥ - ٤٤) فى الولايات المتحدة الأمريكية . ويبدو أن مفهوم «الصحة» بمعنى القضاء على جميع الأمراض المعدية منها وغير المعدية ليست إلا مجرد وهم كما ذكر ذلك رينيه دوبو (Dubos, R 1959) .

مما لاشك فيه إذاً أن صحة السكان فى الولايات المتحدة الأمريكية قد تحسنت بشكل ملحوظ خلال هذا القرن كما تشير أرقام معدلات الوفيات ومتوسطات العمر المتوقع ، ولكن هل هذه التحسنات فعلاً عائدة إلى الرعاية الطبية أم إلى عامل أو مجموعة من العوامل الأخرى ؟ هنالك آراء مختلفة للإجابة على هذا السؤال ونطرح هنا ثلاث من وجهات النظر التى تمثل مجال الآراء فى هذا الصدد ، وذلك بقصد إعداد الساحة لطرح النقاش حول فعالية الرعاية الطبية .

يتضح من خلال كتاباتهم فى السبعينيات انضمام كل من توماس ماكيون وإيفان إليك وريك كارلسون إلى مايمكن تسميته بالمميز العدمى وذلك من خلال تصريحاتهم المتكررة بأن أى تحسن قد طرأ على صحة السكان لم ينتج عن الرعاية الطبية بل نشأ فى الواقع من قوى أخرى غير جهود الرعاية الطبية . بل إن إليك وكارلسون ذهبا إلى الاعتقاد بأن الرعاية الطبية قد أصبحت منذ أوائل السبعينيات سبباً رئيسياً للوفاة والإعاقة . وقد يكون (إليك) أكثر هؤلاء المحللين تطرفاً ، فقد جادل فى كتابه (Medical Nemesis 1975) بأن فعالية الطب محدودة جداً ، بل إنه منذ الخمسينيات واحتمال اجتناء الخير من الطب متساوية مع إصابة الشر منه . وأشار كارلسون إلى أفكار مماثلة فى كتابه (The End of Medicine 1975) حيث أكد أنه حتى تلك الفعالية المحدودة للرعاية الطبية سوف تتناقص ، كما أكد ما أشار إليه آخرون بأن العوامل الاجتماعية والبيئية تساهم فى تحسين المستوى الصحى للسكان أكثر من الرعاية الطبية . كما أفاد ماكيون (١٩٧٦) - مستنداً إلى معدلات الوفيات فى الغرب خلال أكثر من قرن - أن الانخفاض فى معدلات الوفيات كان فى الإجمال يرجع إلى التحسينات فى التغذية والنظافة وليس إلى الرعاية الطبية .

أما فى المنظور الثانى فقد انعكست درجة أقل من النظرة العدمية فى كتابات مثل كتاب فكتور فيوكس (Who Shall live 1976) والذى لم يفند فيه إسهامات الرعاية الطبية تماماً ، بل جادل بأن إسهامات الرعاية الطبية الهامشية ضئيلة جداً ، وبمعنى آخر إنه على الرغم من إحراز تقدم عظيم وإنجازات كبيرة فى الماضى إلا أن إضافات أخرى فى الاستثمارات فى الرعاية الطبية لن تحقق تحسناً ملحوظاً فى المستوى الصحى للسكان ، ويؤيد فيوكس وآخرون على نهجه مثل لستر بريسلو (Berkman & Breslow 1983) وجون ناولز (Knowles 1977) التدخلات غير الطبية لرفع المستوى الصحى للسكان مثل التغييرات فى نمط الحياة .

وذهبت ميليو (Milio 1983) إلى أبعد من ذلك فى تحليلاتها إذ قدمت الدليل على الفعالية المحدودة للرعاية الطبية فى معالجة كل من المشكلات الصحية الحادة والمزمنة للسكان وتؤيد التغيرات الاجتماعية الكبيرة على تغيير السلوك الفردى للحد من التأثيرات المدمرة للحياة الحديثة . وأضاف إيفانز وستودارت (Evans and Stoddart 1990) أن صرف مبالغ طائلة على الرعاية الطبية ذات الفعالية الهامشية الضئيلة يخفض المدخرات والاستثمارات الاقتصادية والازدهار ، إضافة إلى أنه قد يؤثر سلبياً على الصحة عامة ، ويشيرون إلى اليابان على أنه المجتمع الذى سجل أعلى مستوى من التحسن فى جميع هذه المؤشرات الاقتصادية خلال الأربعين سنة الماضية ، والآن يعرض بوضوح أفضل أداء فى معايير صحة السكان ، ويرون من المضامين الأساسية فى وضع السياسات الصحية ـ أن توقف النمو فى المصروفات على الرعاية الطبية أو على الأقل الحد الجذرى من هذا النمو هو الطريق إلى تحسين المستوى الصحى .

أما المنظور الثالث متمثلاً فى أفيديس دونا بيديان وجون ويليامسون وروبرتبروك وجون وينبرج فقد اقتنعوا بالدليل على محدودية الرعاية الطبية الحالية إلا أنه بدلاً من تأييد التغيير الاجتماعى والسلوكى يطرح التساؤل عما إذا كان بالإمكان تحسين منفعة الرعاية الطبية ويجيب على هذا التساؤل بـ «نعم» مدوية ، وكذلك يؤمنون بإمكانية بحوث الخدمات الصحية وخاصة مايعرف الآن ببحوث (النتائج الصحية) وما يمكنها أن تؤدى إلى هذا التحسين .

عرض دونا بيديان (Donabedian 1966) إطاراً لهذا التوجه فى البحوث مؤكداً أنه آن الأوان للكف عن القلق عن كيفية قياس جودة الرعاية الطبية والسعى قدماً نحو تجديد الارتباطات بين كل من العناصر الإنشائية والإجراءات والنتائج المتعلقة بالرعاية الطبية .

وليامسون (Williamson) وهو رائد فى مجال تفعيل مفاهيم البحوث المتعلقة بنتائج الرعاية الطبية ساهم مساهمة فعّالة فى التأكيد على النتائج ومنهجيات دراستها (Williamson, Alexanders and Miller 1968) . وفى كتابه عن المحاسبة الصحية (Williamson 1978) أيد وليامسون استخدام وسيلة محاسبية لتحسين نوعية الرعاية الصحية وطرح نظاماً لضمان الجودة يناظر عمليات المحاسبة المالية ، وفى عام ١٩٩١م دعا إلى وسيلة جديدة لتحسين جودة الرعاية الطبية وهى إطار يعتمد على النتائج لتحسين إدارة الجودة الطبية سماها «ضمان الجودة الكبير» (Large Q A.) (Williamson, Moore and Sanazaro 1991) .

أما بروك فى كتابه مع لور (Brook & Lohr 1985) فقد دعا إلى تطبيق إبديميولوجية الرعاية الطبية بمعنى التقصى المنهجى للروابط بين مكونات الرعاية الطبية والنتائج الصحية للمرضى ، وقد دعا بروك إلى هذا خلال حياته المهنية المليئة بالدراسات التجريبية البحثية بدءاً برسالة الدكتوراه التى قارن فيها بين خمس منهجيات مستخدمة لمراقبة مستوى الرعاية الطبية (Brook 1974) . وقاد وينبرج مجموعة جديدة من الباحثين معتمداً على توثيق وتقصى الفروقات الجغرافية فى استخدام الرعاية الطبية (Wennberg and Gittelsohn 1973) إلى ماسماه «علم التقويم السريرى» (Wennberg 1990) ، ويضم هذا العلم الجديد التقصى المنهجى للإجراءات الطبية التى تساهم فى رفع مستوى نتائج الرعاية الطبية للمرضى وكيفية تعميم هذه الإجراءات وتشجيع تطبيقها .

من السياسات الناتجة عن جميع هذه المناظرات والآراء تطبيق قوانين من أجل دراسة محددات النتائج الطبية الأفضل والسعى إلى تحسينها ، وقد صنف إلوود (Ellwood 1988) هذا الحقل من النشاطات ووصفه وعرفه بأنه : «إدارة النتائج» واستبشر بذلك رلمان (Relman 1988) على أنه بداية عهد المسئولية عن النتائج الطبية . وكانت بشائر هذا العهد الجديد نشر إدارة تمويل الرعاية الصحية (HCFA) إحصائيات

وفيات المستشفيات لعامى ١٩٨٤ و ١٩٨٦م (Health Care Financing Administra-tion1986, 1978) ، وقد وثق هذان التقريران وعمما الاختلاف الشاسع فى الوفيات للمرضى المعالجين فى المستشفيات المختلفة ، وفى الوقت ذاته أقرت الهيئة الموحدة لإجازة منظمات الرعاية الصحية (JCAHO) جدول أعمالها القاضى بتأسيس مؤشرات سريرية بما فيها النتائج الصحية ومعاينة الرعاية فى المستشفى وإدخال هذه المعلومات إلى قاعدة بيانات وطنية (O'Leary 1987) .

فى عام ١٩٨٩م تم تقديم مشروعى قانون إلى الكونجرس الأمريكى لتطوير معايير الممارسة الطبية وتحسين فعالية الرعاية الطبية نتج عنهما إقرار القانون العام (٢٣٩ - ١٠١) (PL 101 - 239) ، الذى تم بموجبه تأسيس وكالة بحوث وسياسات الخدمات الصحية المعروفة سابقًا بالمركز الوطنى لبحوث الخدمات الصحية ، ويعنى جدول أعمال هذه الوكالة بتقصى الفروقات فى الممارسات الطبية فيما يتعلق بالنتائج الطبية وبتطوير ونشر معايير الممارسة لرفع مستوى رعاية المريض .

يناقش هذا الفصل والفصل التالى القضايا المتعلقة بإسهامات الرعاية الطبية فى رفع المستوى الصحى وإمكانية تحسين فعالية هذه الرعاية ، كما يطرح فى هذا الفصل التوصيف الفكرى لبحوث الفعالية ، وتمييز تعريفين متنامين للفعالية وعرض المنهجيات الأساسية فى بحوث الفعالية ، وفى الفصل الثالث تتم معاينة البراهين الواردة من بحوث الفعالية فيما يتعلق بالسؤالين المطروحين فى بداية هذا الفصل ، كما يعرض ويناقش التطبيق الحالى لبحوث الفعالية فى وضع السياسات الصحية وهو نشاطات التقويم للنتائج الطبية التى تمولها حاليًا وكالة بحوث وسياسات الخدمات الصحية .

الإطار الفكرى والتعريفات :

تتبع الأطر الفكرية الرئيسية التى تقود بحوث الفعالية من أعمال كل من دونابيديان وبروك ووينبرج ، فقد اقترح دونا بيديان (١٩٦٦م) تصنيف الرعاية الطبية من منطلق البنية والإجراءات المتعلقة بها بهدف تقرير الأوجه التى قد تكون مؤشرات لجودة هذه الرعاية . ومنذ ذلك الحين أصبح هذا التصنيف ومـاينطوى عليه من علاقات بين عناصره ، أساسًا لدراسة فعالية الرعاية الطبية ومحدداتها .

وقد عبر عن هذه العلاقات فى الإطار الموجز فى الجدول (١ - ٢) ، كما يظهر التأطير الوارد فى هذا الجدول أن البنية والإجراءات والنتائج ترتبط ضمن نموذج بحثى يفترض أن عناصر بنية الرعاية الطبية تؤثر على مايجب عمله ومالا يجب عمله فى إجراءات الرعاية الطبية ، وكذلك تؤثر على النتائج وهى الصحة التى ينالها الناس من خلال تفاعلهم مع إجراءات الرعاية الطبية .

الجدول (٢/١) : إطار موجز وتعريفات الفعالية .

البنية	← الإجراءات	← النتائج
الكمية	الاختلافات فى الاستعمال	الفعالية
الأثر	– الكمية	– الوفيات
	– النوعية	– النتائج السريرية
	– الملاءمة	– وظيفى

الكمية	اختلافات الاستعمال	الفعالية
عدد الأطباء والمرضين ومقدمى الرعاية الآخرين إضافة إلى كمية الموارد المالية	المستويات المختلفة لاستهلاك الخدمات الملاحظ للفرد وخاصة رعاية المستشفى ومراجعة العيادات الخاصة والأدوية وإجراءات محددة (Brook and Lohr 1985)	المنفعة المحققة (welliamson 1987) هل هو ناجح ؟ هل تؤدى الإجراءات والأعمال والرعاية نفعًا للناس الذين تمت لهم أكثر من ضررها (Sackett 1980)
الأثر	**النوعية**	
المنفعة القصوى التى يمكن تحقيقها (williamson 1987) هل هو ناجح ؟ هل يؤدى الإجراءات والأعمال والرعاية للناس الذين يتقيدون تمامًا بالإرشادات . العلاج أكثر نفعًا من ضرره (Sackett 1980) قدرة إجراء طبى محدد على تغيير المجرى الطبيعى لمرض ما إلى الأفضل تحت الظروف المثالية (from Cochrane 1971)	الحكم على إجراءات الرعاية الصحية المبنى على مدى إسهام هذه الإجراءات فى الحصول على النتائج الإيجابية المرغوبة (Donabedian 1982) عنصر الاختلاف بين أثر الرعاية الطبية وفعاليتها الذى يمكن عزوه إلى مقدمى الرعاية مع الأخذ بالاعتبار البيئة التى يعملون ضمنها .	قدرة إجراء طبى محدد على تغيير المجرى الطبيعى لمرض ما إلى الأفضل تحت الظروف الفعلية للممارسة والعمل (Cochrane 1971) **الملاءمة** مدى صحة أو سوء استخدام المعرفة والتقنية فى معالجة المرض والصحة . (Donabedian 1973)

التعريفات :

هذا الإطار يتطلب تفسيراً للمصطلحات المستخدمة فيه ، ويرد فى النصف الأسفل من الجدول (٢/١) أمثلة مفصلة لعدد من التعريفات التوضيحية لكل من هذه المصطلحات المستخدمة ، فيما يلخص النقاش التالى الفكرة الرئيسية الكامنة فى كل منها : يعنى «التأثير» بالمنفعة التى يمكن إحرازها من علاج أو تدخل (طبى) تحت ظروف مثالية ، كما يتواجد عند إجراء دراسة سريرية عشوائية (Brook and Lohr 1985; Cochrane 71; Sacktt 80;) (williamson 1987) ، فيما يتعلق «الاختلافات فى الاستعمال» بالكمية أو مايدعى عادة باستخدام خدمات وإجراءات الرعاية الطبية وتتضمن تكرار وحجم الإجراءات التى تمت (Brook and Lohr 1985) .

أما الجودة فهى إحدى صفات الرعاية الطبية وهى تعنى باعتبارين ، **الأول** : إذا ماكان الإجراء الصحيح قد اتخذ . **والثانى** : إذا ماكان هذا الإجراء حسناً (Donabedian 1980; Brook & Lohr 1985) . فقياس الجودة إذاً ينطوى على تقويم هذا الجانب من إجراءات الرعاية الطبية .

أما الملاءمة فهى الجانب من الجودة الذى يعنى بتحديد إذا ماكان الإجراء المناسب قد تم للمريض ، أما الفعالية فتهتم بالنتائج الفعلية للممارسة الطبية لمقدمى الرعاية النموذجيين على مرضى نموذجيين هذا بالمقارنة مع التأثير الذى يقاس بالمنفعة المجنية تحت ظروف مثالية (Brook & Lohr 1985, Cochrane 71, Sackett 80; Williamson 1987) . إذاً فالجودة هى ذلك الجزء من الفجوة بين التأثير - (وهو مايمكن نيله) - والفعالية ، (وهى ماتم نيله فعلاً) الذى يمكن أن يعزى إلى الرعاية الطبية نفسها ، أما تقويم النتائج فينكب على مسألة الفعالية من خلال فحص الارتباطات القائمة بين بنية الرعاية الطبية وإجراءاتها من جهة ، والنتائج الإيجابية المرغوب فيها من جهة أخرى (Ellwood 1988; Wennberg 1984) .

نحو إبديمولوجية الرعاية الطبية :

مقولة أن البنية تؤثر على إجراءات الرعاية الطبية ، وأن الإجراءات تؤثر على النتائج

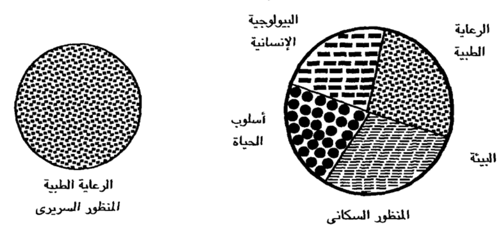
هى فرضيات قابلة للبحث والاختبار ، ومهمة بحوث الخدمات الصحية وخاصة الجزء من هذه البحوث الذى يركز على الفعالية هى أن نختبر هذه العلاقات وبإمكان هذه البحوث فى المحصله النهائية أن توفر الأسس لقرارات السياسات الصحية المتعلقة بأى المصادر والخدمات الصحية التى يجب (أن تتلقى التغطية المالية) ، إلا أن بحوث الفعالية تعكس تعريفين للفعالية يبدو أنهما متضاربان إلا أنهما – غالبًا – متكاملان .

أحدهما : هو من المنظور السكانى وهومايطلق عليه منظور المستوى العريض لنظام الرعاية الطبية وتفاعلاته مع النظامين الاجتماعى والسياسى بهدف الوصول إلى رفع المستوى الصحى للسكان ، وينعكس فى دراسات ميليو (Milio 1983) المفاهيمية ويمكن وصفه بإيديميولوجية الصحة ، وتضم فى نطاقها كل المرضى الذين توصلوا إلى الرعاية الطبية ، والناس من السكان عامة الذين لا يستخدمون بالضرورة الخدمات الطبية ، فبحوث الفعالية من خلال هذا التركيز موجهة إذًا للإجابة على السؤال الأول الذى طرح فى بداية هذا الفصل ، وبالتحديد ماهى إسهامات الرعاية الطبية نحو صحة السكان ؟ . أما **المنظور الثانى** : فهو المنظور السريرى والذى يمكن اعتباره منظور المستوى الدقيق للرعاية الطبية ، ويركز على التفاعلات بين المرضى ومقدمى الرعاية فى نظام الرعاية الطبية والتحسينات السريرية الناتجة أو الفائدة الصحية التى ينالها المريض . ويكون التركيز هنا على تفاعلات بنية نظام الرعاية الطبية وإجراءاته للوصول إلى رفع مستوى صحة المرضى .

ويتمثل هذا المنظور فى أعمال دونابيديان ووينبرج حيث ذهبا إلى وصف هذا المجال بعلم التقويم السريرى ، وكذلك فى أعمال الروك ولور (١٩٨٥م) حيث نادا بصياغة إيديميولوجية للرعاية الطبية . وتنصب بحوث الفعالية فى هذا المنظور على إجابة السؤال الثانى المطروح فى بداية هذا الفصل وهو هل بالإمكان رفع مستوى الفعالية السريرية فى النظام الطبى ؟

ويوضح الشكل (١ – ٢) الاختلاف بين هذين المنظورين حيث يعنى المنظور السكانى بصحة جميع السكان عامة وبجميع العوامل المؤثرة عليها ، فى حين يرى المنظور السريرى حجم المشكلة على أنه يتعلق فقط بنسبة السكان التى تستخدم الرعاية الطبية وتفترض أن الرعاية الطبية هى الوسيلة الوحيدة لرفع المستوى الصحى .

الشكل (١-٢) : العوامل التى تساهم فى الصحة العامة .



تعكس البحوث المتعلقة بكل من المنظورين وجهات النظر المختلفة لكل منهما . وتركز إبديمولوجية الصحة على المنفعة العائدة من الرعاية الطبية والعوامل الأخرى على صحة السكان ، أما إبديمولوجية الرعاية الطبية أو علم التقويم السريرى فيصف المنفعة من الرعاية الطبية للمرضى . وفيما يلى نعرض مثالين كميين لتوضيح هذين المنظورين المختلفين .

تقدير الفعالية السكانية :

فى مناقشة منافع ومحدوديات الرعاية الطبية الأولية طورت ميليو إطاراً لتقدير الفعالية يربط المعلومات عن انتشار المشكلات الصحية فى المجموعة السكانية ومعدلات الاستخدام وتأثير الإجراءات العلاجية المقترحة وامتثال المرضى مع الفعالية للمشكلات الحادة المزمنة الواردة إلى الرعاية الأولية (Milio 1983) . ويوضح الجدول (٢/٢) أسلوبها بالنسبة لمرضى ارتفاع ضغط الدم وبناءً على تعريفها يتم تقويم فعالية الرعاية الطبية من حيث نسبة السكان الذين يعانون من مشكلة ما مثل : ارتفاع ضغط الدم والذين أفادتهم الرعاية الطبية . وكما نرى من الإيضاح فى الجدول (٢/٢) فهى تعرف الفعالية على أنها حاصل ضرب نسبة المشكلات الواردة إلى الرعاية الأولية (٨١ ٪) ، ونسبة العلاج المحدد المقترح (٢٧٪ للعلاج بالعقاقير) ، وتأثير العلاج المقترح (٤٣٪) ، وامتثال المرضى لتعليمات العلاج (٣٠٪) ، وينتج من هذا الحاصل نسبة انتشار

مرضى ضغط الدم (٢,٨٪) الذى تم تحسينه بالعلاج بالعقاقير فقط . وحين تضم هذه الأرقام مع التحليلات المماثلة لفعالية معالجة السمنة والتوقف عن التدخين ، تستخرج ميليو رقماً شاملاً للفعالية يقدر (١١,٨٪) يمثل مساهمة الرعاية الطبية الأولية فى خفض نسبة ارتفاع ضغط الدم فى السكان .

بهذا الأسلوب لاتأخذ ميليو بالحسبان جانب مقدمى الرعاية فقط ، بل تضم أيضاً استخدام الرعاية الطبية وكذلك امتثال المرضى ، وباستخدام نفس الأسلوب لعدد من الحالات الطبية الحادة والمزمنة استطاعت تقدير الفعالية الشاملة للرعاية الطبية الأولية فى مواجهة المشكلات الصحية للسكان بنسبة (٢٥٪) ، وهذا التقدير لفعالية الرعاية الطبية هو الأساس الذى اعتمد لتقدير نسبة فعالية الرعاية الطبية الواردة فى الشكل (١ - ٢) .

تقدير الفعالية السريرية :

يعرض وليامسون (Williamson 1978) نظرة مضادة إذ يعرف الفعالية السريرية على أنها نسبة المنفعة المحققة فى الممارسة الفعلية للمنفعة القصوى الممكن تحقيقها غالباً من تجارب سريرية انظر الجدول (٢/٣) باستعمال ارتفاع ضغط الدم كمثال مرة أخرى ، وباستعمال معلومات من دراسة لإدارة المحاربين القدامى (V. A. Cooperative Study Group 1970) عن برنامج التأثير واكتشاف ارتفاع ضغط الدم ومتابعة الاتصال بالمرضى - يتم عرضهما فى قسم الدليل من الفصل القادم - (HDFP 1979) .

جدول (٢/٢) : منهج سكانى لتقدير الفعالية باستخدام ضغط الدم المرتفع كمثال .

الاستعمال	×	الرعاية المحددة	×	التأثير	×	الامتثال	=	الفعالية
٨١٪		٢٧٪		٣٤٪ للعقاقير		٣٠٪		٢,٨٪
٨١٪		٣٤٪		١٠٠٪ عدم التدخين		٣٢٪		٨,٨٪
٨١٪		٣٨٪		٠,٥٪ خفض الوزن		٥٢٪		٠,٢٪
الإجمالى								١١,٨٪

ينتج أسلوب وليامسون تقديراً لفعالية الرعاية الطبية الأولية بمقدار (٦٢٪) . وبالتحديد أظهرت دراسة إدارة المحاربين القدامى أن المنفعة القصوى الممكنة من حيث تخفيض مستوى الوفيات قد تصل إلى (٩,٨٪) ، وتكون المنفعة المحققة عبارة عن (٩,٨) ناقص (٧,٥٪) وهو مستوى الوفيات التى حدثت فى الممارسة الفعلية أى (٢,٣٪) ، وتكون تلك المنفعة القصوى الممكنة (٩,٨٪) ناقص (٦,١٪) نسبه الوفيات التى تحدث تحت ظروف مثالية ، أو (٣,٧٪) وتصبح حصيلة نسبة هاتين النسبتين المئويتين مؤشر الفعالية السريرية أى (٦٢٪) .

يؤدى الفرق بين هذين الاتجاهين المنظور السريرى والمنظور السكانى إلى تقديرات تجريبية لفعالية الرعاية الأولية متفاوتة إلى حد بعيد (٦٢٪) مقابل (١١,٨٪) . ويتناول الفصل التالى كلا المنظورين متحرياً المنهجيات الرئيسية لبحوث الفعالية ، والدلائل المستقاة من هذه البحوث عن الفعالية .

المنهجيات الرئيسية لتقدير فعالية الرعاية الطبية :

يبدو أن السؤال البديهى لبحوث فعالية الرعاية الطبية رغم بساطته الزائدة هو هل تؤدى الرعاية الطبية أى نفع ؟ إلا أن الأسئلة الصحية الهامة تتضح فى «ماهى إسهامات الرعاية الطبية نحو صحة السكان ، وهل بالإمكان رفع مستوى الفعالية السريرية للرعاية الطبيـــة ؟

هناك مستويان من التحليل وفرعان من الدراسات موجهة للإجابة على هذين السؤالين إذ إن المنظور السكانى المعرف بأيديمولوجية الصحة يرمى إلى الإجابة على السؤال الضمنى الأول ، فيما يرمى المنظور السريرى المعروف بأيديمولوجية الرعاية الطبية أو علم التقويم السريرى إلى إجابة السؤال الثانى .

جدول (٢/٣) : منهجية سريرية لتقدير الفعالية باستخدام ضغط الدم المرتفع كمثال .

مؤشر الفعالية

$$\text{الفعالية} = \frac{\text{المنفعة المحققة}}{\text{المنفعة القصوى الممكن تحقيقها}}$$

المنفعة المحققـة

$$\text{معدل الوفيات} = \frac{\text{الوفيات}}{\text{الأشخاص}} = \frac{٣٦٨}{٤٩٢٦} = ٧,٥٪$$

المنفعة المحققة = أقصى تخفيض ممكن – معدل الوفيات الذى حدث

$$٩,٨ - ٧,٥٪ = ٢,٣٪$$

المنفعة القصوى الممكن تحقيقها

$$\text{معدل الوفيات} = \frac{\text{الوفيات}}{\text{الأشخاص}} = \frac{٣٠١}{٤٩٥١} = ٦,١٪$$

المنفعة القصوى الممكن تحقيقها = أقصى تخفيض ممكن – معدل الوفيات الذى حدث

$$= ٩,٨٪ - ٦,١٪ = ٣,٧٪$$

مؤشر الفعالية المحسوب لارتفاع ضغط الدم

$$\text{الفعالية} = \frac{\text{المنفعة المحققة}}{\text{المنفعة القصوى الممكن تحقيقها}} = \frac{٢,٣٪}{٣,٧٪} = ٦٢٪$$

يوجز الجدول (٢/٤) المنهجيات البحثية المستخدمة لتقصى الإجابات لتساؤلات الفعالية : مقياس الحالة الصحية إضافة إلى وسيلة تضبيط مستوى حدة المرض (مايسمى بتضبيط خطورة المرض) ، وتصميم الدراسات المستخدمة غالباً ومصادر المعلومات ، إضافة إلى أمثلة من هذه العناصر ، ويناقش الجزء التالى منهجيات بحوث الفعالية .

المصدر : HDFP 1979; VA Coopertive Study Group 1970; Williamson 1978

جدول (٢/٤) : المنهجيات الأساسية فى بحوث الفعالية .

المنهجية	المثال
متغيرات القياس	
الوضع الصحى	
القياسات الفردية ، سريرية فزيولوجية ، الوفاة والإعاقة ، نوعية الحياة المرتبطة بالصحة عامة	ضغط الدم لمحة عن تأثير المرضى
معايير لأمراض محدد على أساس السكان الوفيات والإعاقة ، حدوث وانتشار الأمراض ، النمو والتطور ، الإنتاجية الاجتماعية والاقتصادية ، تضبيط الخطورة ، غير موضوعى ، موضوعى .	دراسات النتائج ومقياس نوعية الرفاهية . مقياس تأثير التهاب المفاصل .
على أساس الإصدار التاسع لترميز الأمراض الدولى على أساس معلومات الملفات الطبية .	تحديد درجة المرض ، إدارة المرضى ، الفئات تقويم الفيزيولوجية الحادة والصحة المزمنة ، مؤشر حدة المرض بالحاسب الآلى .
	مجموعة ميديس
تصميم الدراسات ، التجارب السريرية العشوائية والتجارب الاجتماعية ، تحليل (META) وتركيب المعلومات ، الدراسات المقطعية ، تحليل القرار .	
مصادر البيانات	
مسوحات السكان ومقدم الرعاية سجلات الولادات والوفيات .	المسوحات الوطنية بالمقابلات/مركز إحصاءات الرعاية الطبية/ الإحصاءات الحيوية الأمريكية منظمة الصحة العالمية .
سجلات الأمراض	مراقبة مركز السرطان القومى للوبائيات والنتائج النهائية .
من الملفات الطبية ، بيانات الدعاوى ، بيانات خروج المرضى من المستشفى .	تحليل مديكير لمقدمى الرعاية وهيئة المراجعة على نشاطات المستشفيات والنشاطات المهنية (الطبية) الهيئة الموحدة لاعتماد المؤسسات الصحية .

متغيرات القيـــاس :

يتطلب تقدير المستوى الصحى للسكان تحديد القياسات المناسبة للنتائج الصحية ، ويستخدم كلاً من مقاييس النتائج الصحية على المستوى الفردى وعلى المستوى السكانى لتقدير فعالية الرعاية الطبية .

وتعتمد منفعة مقياس ما على الأقل جزئيًا على درجة مطابقته لمعايير الاعتمادية والصحة والحساسية والملاءمة ، وتعنى الاعتمادية بإمكانية تكرار نتيجة القياس تحت ظروف مختلفة من التطبيق فيما ترتبط الصحة بدقة المقياس من حيث قياسه يفترض أن يقيس . أما الملاءمة فتتعلق بسهولة استخدام المعيار فى مجموعات سكانية مختلفة وتعنى الحساسية قدرة المقياس على تقصى الفروقات من تحسن أو تدهور فى الحالة الصحية للشخص نتيجة للرعاية الطبية والحساسية للاختلافات فى الرعاية الطبية لها أهمية خاصة لمقاييس النتائج الصحية المستخدمة فى تقدير فعالية الرعاية الطبية .

يعرض الجدول (٢/٥) مقارنة لعدد من مقاييس المستوى الصحى التى تستعمل هذه المعايير مع أن جميع هذه المقاييس تشترك فى الاعتمادية والصحة والملاءمة من حيث سهولة الحصول على المعلومات ، إلا أنها تختلف اختلافاً كبيراً فى حساسيتها نحو تدخلات محددة للرعاية الطبية إضافة إلى بيان حساسية معدل الوفيات – وهو مقياس للمستوى الصحى السكانى – للاختلافات الاجتماعية والديموجرافية أكثر بكثير من الاختلافات للرعاية الطبية (Martini et al 1977) ، وفيما يلى حوار عن هذه المعايير الفردية والسكانية ، إضافة إلى أمثلة مختارة من الجدول (٥–٢) .

مقاييس المستوى الصحى الفردية :

تركز المقاييس الفردية على النتائج السريرية أو الفزيولوجية مثل : ضغط الدم وعلى نتائج المستوى الصحى العام مثل : الوفيات والإعاقة وعلى معايير نوعية الحياة المتعلقة بالصحة (انظر العمود الأيسر بجدول ٢/٤) .

وقد تكون هذه المعايير (أعلاه) من النوع العام الذى يمكن تطبيقه على جميع الحالات المرضية ، وقد تكون خاصة بمريض معين . ويفيد كلا النوعين فى تقويم نتائج

الرعاية الطبية إذ يحتاج النوع العام من أجل المقارنة على جميع الأمراض أن تتجلى أهمية النوع الخاص لتحديد تأثير المرض على الناس بحساسية أكبر ، وكذلك مدى تأثير العلاج على حالة مرضية معينة . ويجمع كتاب «قياس الصحة دليل معايير القياس والاستبانات (Mcdowell and Newell 1978) سلسلة من مقاييس نوعية الحياة المتعلقة بالصحة ، ويعرض هذا الكتاب وصفاً كاملاً لأكثر من مئة معيار بما فى ذلك معلومات عن اعتمادية وصحة كل منها ، إضافة إلى استباناتها ومراجعها .

الجدول (٥/٢) : مقارنة مقاييس الوضع الصحى .

المقياس	الثبات	المصداقية	الملاءمة	الحساسية
صورة تأثير المرض (SIP)	من اختبار إلى آخر ٠,٩ الثبات الداخلى ٠,٩٤	مع : التقدير الذاتى – تقدير الطبيب – المعايير الفزيولوجية المتعددة – معايير أخرى	١٣٦ عنصراً أو المقابلة (٢٠ – ٣٠) دقيقة	حساس للتدخلات الطبية
دراسة النتائج الطبية (MOS)	الثبات الداخلى ٠,٨١ – ٨٨, من اختبار إلى آخر ٩٣, بين المختبرين ٩٠,	المقارنة مع المعايير ، أطول منه	٢٠ عنصراً ١٠ دقائق	لا يوجد معلومات
معيار جودة الرفاهية (QWB)	من اختبار إلى آخر ٩٣, ٠ بين المختبرين ٩٠,	درجة المعيار مع : – أعراض ٠,٧٥ – ٠ = r – مشكلات ٠,٩٦ – ٠ = r	١٨ عنصراً مقابلة مع محترف ١٥ دقيقة	حساس للتغيرات الطفيفة
معيار تأثير التهاب (AIMS) .	التكرار ٨٨, ٠ الثبات الداخلى ٠,٦٠	الدرجة مع : نشاط المرض ٠,٦١ = r تصنيف اتحاد الروماتيزم ٠,٦٦ = r	٤٥ عنصراً ذاتى ١٥ دقيقة	بعكس الفروق بعد العلاج
الوفيات	مرتفعة	مرتفعة	سهل المنال	متواضع وأكثر حساسية للبيئة وللديموغرافية الاجتماعية

المصدر : Mc Dowell and Newell 1978

من الأمثلة على المعايير العامة لنوعية الحياة المتعلقة بالصحة ، نورد هنا صورة تأثير المرض (SIP) واستبانة دراسة النتائج الطبية (MOS) ومعيار نوعية الرفاهية (QWB) . وتضم كل من استبانات صور تأثير المرضى (SIP Berger etal 1981) ، ودراسة النتائج الطبية (Mos Stewart, Hays and ware 1988) مجموعة من الأسئلة تتعلق بتأثير المرض على الصحة الجسمانية والصحة النفسية والصحة الاجتماعية إضافة إلى المفهوم الصحى لدى المريض ، وتفصل هاتان الاستبانتان نقاط كل بعد (الجسمانى والنفسى والاجتماعى إلخ) وتعرض تصوراً له ، وقد تبين أن هذه كتصورات على درجة عالية من الاعتمادية والصحة إلا أن هذه المعايير تختلف من جهة الملاءمة ، إذ يضم الـ(SIP) (١٣٦) عنصراً ، فيما يضم الـ (MOS) (٢٠) عنصراً فقط ، وقد اتضحت حساسية (SIP) للتداخلات الطبية القياسية ، فى حين لم يتم اختبار الـ (MOS) بعد باستخدام هذا الميزان انظر الجدول (٥ – ٢) تحت ضغوط احتياجات السياسة الصحية الحالية لمقياس واحد يعكس كلاً من البعد الصحى وبعد المنفعة لنتائج مختلفة للمريض تم تطوير مقياس (QWB Kaplan and Baselli 1982) ، حيث يطرح شخص يدير المقابلة الشخصية على المريض عدداً من الأسئلة عن مستواه العملى فى قدرته على التنقل والنشاط الجسمانى والنشاط الاجتماعى ، وتستخدم الإجابات لتصنيف الشخص فى واحدة من خمسين وضعاً صحياً عملياً ، ولكل وضع من هذه الأوضاع التقدير المعيارى للرفاهية يمتد من (٠) للوفاة إلى (١) لتمام العافية .

وبهذا يمكن تحديد تقدير مستوى الرفاهية لكل وضع صحى مهما كانت الحالة المرضية وأياً كان الشخص ، ويتم تحويل هذا التقدير إلى سنوات الحياة المضبطة للجودة (QALYs) لاستخدامه للمقارنة لأهداف السياسة الصحية بالنسبة للأمراض والأشخاص والعلاج ، والأهم من ذلك أن مثل هذا المعيار يذهب إلى أبعد من تقدير نتائج الرعاية الطبية من حيث النجاة فقط ، بل أنه يدخل نوعية الحياة كعنصر فى اتخاذ القرار الاقتصادى من جهة أى أنواع الرعاية يقدم أكبر قدر من المنفعة للمستهلكين .

إضافة إلى المعايير العامة هناك أيضًا مقاييس جودة الحياة المتعلقة بالصحة المحددة بمرض معين مثل : استبانة قياس تأثير التهاب المفاصل (Meenan,, Gert-man, and Mason 1980) (AIMS) ، وتركز مثل هذه الاستبانة على الجانب المحدد من

المرض الذى صممت لاختباره وهى كما يتضح من (AIMS) ذات اعتمادية وثقة وملاءمة عالية ، إضافة إلى الحساسية المرتفعة للاختلافات بعد العلاج الطبى انظر الجدول (٥-٢) .

بسبب الاختلافات فى حساسية قياسات نوعية الحياة المتعلقة بالصحة ، فإن أفضل إستراتيجية فى استخدامها تكون باستخدام مقياس عام مثل : (SIP) ودعمه بمعيار محدد بالمرض (Patrick and Deyo 1989) ، إذ يسمح المعيار العام بعمل مقارنة من أجل اتخاذ القرار الاقتصادى بين الأمراض ، فى حين أن المعيار المحدد بالمرض يكون أكثر حساسية فى تقصى الفروقات الطفيفة فى حالة المريض .

مؤشرات الوضع الصحى المرتبطة بالسكان :

تضم المؤشرات المرتبطة بالسكان معدلات الوفيات ، ومعدلات المرضية ، ومعدلات حدوث وانتشار المرض وبيانات النمو والتطور ، ومقاييس الإنتاجية الاقتصادية والاجتماعية (Hansluwaka 1985) . ويمكن الحصول على معدلات الوفيات من بيانات الإحصاءات الحيوية الأمريكية ، وكذلك من بيانات منظمة الصحة العالمية لغرض المقارنه الدولية .

كما يمكن الحصول على معدلات المرضية من المسوحات الصحية بالمقابلة الخاصة بالمركز القومى للإحصاءات الصحية ، حيث تجرى هذه المسوحات سنوياً على عينة من المجموعة السكانية الأمريكية ، وتنتج من ضمن بيانات مختلفة معلومات عن أيام النشاط المحدود وأيام النشاط المقيد ، كما يتم الحصول من ذات المصدر على بيانات حدوث وانتشار المرض إضافة إلى مصادر أخرى مثل : تقرير الوفيات والمرضية الأسبوعى الصادرة من مراكز التحكم فى الأمراض . أما معايير النمو والغذاء مثل : الوضع الغذائى والوزن للفئات العمرية فى هذا البلد فيمكن الحصول عليها من مسوحات الصحة والتغذية التى يجريها المركز القومى للإحصاءات أيضاً .

ويمكن الحصول على معلومات دولية من هذا النوع من عدد من منشورات منظمة الصحة العالمية مثل : التقرير السنوى للإحصاءات الصحية ، فيما ترتفع اعتمادية وثقة وملاءمة البيانات المرتبطة بالسكان متمثلة فى الوفيات انظر جدول (٥-٢) . إلا أنه تبين

مراراً عدم حساسيتها للاختلافات فى الرعاية الطبية ، ويوحى هذا بفائدتها فى مجابهة التساؤل فى إسهامات الرعاية الطبية نحو صحة السكان ، إلا أن تطبيقها فى تقدير فعالية الرعاية الطبية محدود .

ضبط الخطورة :

يتم ضبط خطورة نتائج المرضى - أى ضبطها لخطورة مرض المرضى - وهو ضرورى لبحوث الفعالية ، وذلك لتعليل الفروقات فى خطورة المرض عند بداية شكوى المرضى ، ومن البديهى أن المرضى الذين يختلفون فى درجة خطورة حالاتهم السريرية عند دخولهم المستشفى ويتلقون علاجاً ذا فعالية مماثلة سينالون نتائج مختلفة .

وبالإمكان الحد من هذه الفروقات عند إمكانية إجراء تجارب سريرية عشوائية ، وذلك بتعيين المرضى عشوائيًا إلى المجموعات التجريبية والمجموعة الضابطة ، إلا أنه فى الظروف غير التجريبية كما هو الحال فى معظم بحوث الفعالية يجب الضبط لهذه الفروق والإرباك الممكن فيها فى التحليل ، وبالإمكان اتخاذ أسلوبين عامين من أجل هذا الضبط ، الأول : وهو الأسلوب غير الموضوعى الذى يرتكز على آراء أطباء خبراء فى تقدير خطورة مرض المريض عند دخوله المستشفى ، هذا الأسلوب قد يعطى تقديراً صحيحاً لحالة المريض إلا أن مثل هذا الإجراء يعتبر مكلفاً جداً خاصة من ناحية وقت الطبيب ، ونادراً مايحدث . لذا يستعمل عوضاً عنه الأسلوب الموضوعى وذلك باستخدام بيانات محددة بوضوح ، مرتبطة بحالة المريض السريرية والنتيجة المحتملة له ضمن معادلات حسابية لينتج درجة لتصنيف خطورة مرض المريض .

تنهج طرق ضبط الخطورة شائعة الاستخدام ، والتى نوردها فيما يلى الأسلوب الموضوعى ، إلا أنها تختلف فى مستوى البيانات المتطلبة لتحديد خطورة مرض المريض .

استخدم لفت وينكر وانتوفن (١٩٧٩م) فى دراستهم عن النتائج الجراحية بيانات ديموجرافية أساسية مثل : عمر وجنس المريض ، إضافة إلى الحالات المرضية المصاحبة ، وكذلك استخدمها دوب وآخرون (١٩٨٧م) فى دراستهم لوفيات المستشفى وجودة الرعاية ، إلا أنه يسلم ببساطة المعايير رغم سهولة الحصول على البيانات

تتحقق دقة أكبر باستخدام نظم مثل النسخة المرمزة لتحديد المرض (DS) وفئات إدارة المرضى (PMCs) التى يمكن إنشاؤها بمعلومات من قواعد بيانات خروج المرضى فقط ، وبالتحديد ، فهذه النظم تستخدم معلومات مرمزة وفق تصنيف الأمراض الدولى الإصدار التاسع التعديل السريرى (ICD- 9 - CM) من ملخص الخروج من المستشفى لتحديد مستوى لخطورة المرض ، ومن المحتمل أن أفضل المعايير – تلك التى تحوى أدق التفاصيل السريرية – هى التى تتطلب بيانات فعلية من الملفات الطبية لإنشائها ، وتضم «تقويم الفزيولوجية الحادة والصحة المزمنة» (APACHE) «ومؤشر الخطورة باستخدام الحاسوب» (CSI) والمجموعة الطبية (Medis Group) .

وقد تم تطوير (APACHE) لتقويم المرضى فى وحدات الرعاية الحرجة بالمستشفيات ، ويُستخدم عدد من القيم الفزيولوجية للمريض المستخرجة من معلومات مخبرية (Knaus, Draper and Wagner 1985) ، وهو عيار عام من حيث إمكانية استعماله للمقارنة بين خطورة الأمراض – كما طور (CSI) هورن وعدد من الباحثين فى جامعة جونز هوبكنز بهدف تقدير خطورة مرض المرضى المتوفين فى المستشفى باستخدام معلومات من الملف الطبى الشامل (Horn & Horn 1986) ، ويعتمد على معلومات مرتبطة بفئات المرض والمضاعفات والحالات المرضية الملازمة ، ودرجة الاتكال على موظفى المستشفى ، ونظم دعم الحياة ومعدل الاستجابة للعلاج والضعف المتبقى بعد العلاج . هذا المدى الواسع من المعلومات المستمد من جميع النشاطات أثناء الإقامة فى المستشفى يؤكد أن تطوير هذا المعيار يعكس استعمال الموارد وليس فقط خطورة مرض المريض عند دخوله المستشفى .

لقد اتخذ مقياس «المجموعة الطبية (Mdis Group) أهمية قصوى ؛ لأن عدة ولايات قد شرعته كمعيار ضبط الخطورة ، وهذا النظام ينتج عدداً من الفئات العامة (خطورة المرضى باستخدام بيانات الملفات الطبية فى برنامج حاسب آلى تجارى (Brewster et al 1985) ، ويستعمل مايسمى بالنتائج السريرية الأساسية بما فيها معلومات من المختبر ، وقسم الأشعة ، وقسم علم الأمراض ، والفحص الطبى ، حيث تسمح هذه المعلومات للنظام بتصنيف المرضى حسب خطورة المرض عند دخول المستشفى ، وتراقب تطورهم خلال فترة إقامتهم فى المستشفى .

بالإمكان بل يجب تقويم وسائل ضبط الخطورة ومقاييس خطورة المرض بنفس المعايير التى تقّوم بها مقاييس الحالة الصحية ، أى باستخدام معايير الثقة والصحة والملاءمة والحساسية . لقد لخص عدد من المراجعات المعلومات من عدد من الدراسات التى قارنت هذه المقاييس فى هذه الصفات (Geehr 1989; Hornbrook 1982; Lezzoni 1990; Thaomas and Ashcraft 1991) ، لأن الأساليب الموضوعية تستعمل بيانات واقعية ، ولأنها تعتمد على الحاسوب فإنها مرتفعة الاعتمادية والملاءمة إلا أن صحتها لازالت مشبوهة وتختلف فى الحساسية ، حيث تبلغ الحساسية أدناها لدى النظم التى تعتمد فقط على بيانات من (ICD - 9 - CM) ، وكما تبين هذه المراجعات فأن أكبر مشكلة تعانى منها هذه المقاييس هو استعمالها لغير الهدف الذى صممت من أجله أساساً ، فقد طور العديد منها لتصنيف تنوع الحالات فى المستشفى بهدف تحديد الاستهلاك المناسب للموارد ، ولهذا فهى تستخدم بيانات من جميع أنحاء المستشفى إضافة إلى معلومات عن الإجراءات الطبية التى تمت ، وهذا أمر مقبول لتحديد تنوع الحالات ، وعندما تدعو الحاجة إلى تصنيف المرضى عند دخولهم المستشفى فإن المعلومات الوادرة لاحقًا أثناء فترة الإقامة قد يفند استخدام هذا المقياس ، علاوة على ذلك فإن استخدام معلومات غير معلومات الدخول إلى المستشفى يخلط خطورة المرض مع جودة الرعاية الطبية ، إذ إن المعلومات المستخلصة لاحقًا قد تعكس رعاية طبية أفضل ، وأن الافتقار إلى مثل هذه المعلومات قد يكون مؤشراً إلى رداءة الرعاية الطبية ، وقد وجدت دراسة لهذه القضية للمجموعة الطبية (Medis Group) على سبيل المثال أن البيانات المأخوذه فى منتصف المدة من الدخول إلى المستشفى كانت مؤشراً أفضل من معلومات الدخول للوفيات بعد(٣٠) يوماً (Lezzoni, Ash, Coffman and Moskowitz 1991) .

تصاميم الدراسة :

التجارب السريرية العشوائية :

إن تغير التأثير ، وهو تحديد المنفعة من علاج طبى معين تحت ظروف مثالية ، يتطلب التجربة السريرية العشوائية كمنهجية أساسية فى التحليل الأساسى ، وسمة هذا الأسلوب هى التخصيص العشوائى للمرضى إلى مجموعات تجريبية وضابطة ، وهكذا يتم ضبط الكثير من الاختلافات ومصادر الخطأ العرضية مع أنها أسلوب قوى

إلا أنها ليست ملائمة دائمًا بسبب التكلفة التى يتطلبها حجم العينات الكبير وطول المدة المطلوبة . وعلاوة على ذلك فإن قضايا أخلاق المهنة المرتبطة بحرمان المرضى من العلاج قد تحول دون استعماله . إلا أنه يوجد عدد من الأمثلة الجيدة من التجارب السريرية العشوائية المتعلقة بالتدخل الطبى مثل : استخدام عقار (بروبرا نولول) (Propranolol) فى علاج المرضى الذين يعانون من الذبحة القلبية الحادة (Beta- Blocker Heart Attack Study Group 1982) ، واستخدام عقار نياسين كوقاية من السكتة القلبية (Canner et al, 1986) ، كما استخدمت تصاميم التجربة السريرية العشوائية لتقدير منفعة أسلوب تقديم الرعاية الطبية ، مثل : تقويم إجراء قصطرة القلب فى العيادة مقابل الإجراء فى المستشفى (Block et al 1988) ، وكذلك مقارنة رعاية مرضى السرطان من خلال زيارات يومية للمستشفى مقابل إقامتهم فى المستشفى (More et al 1988) ، كما استخدم هذا الأسلوب لتقدير تأثير خطط دفع تكاليف الرعاية الطبية المختلفة على استخدام الرعاية الطبية ونتائجها (Brook et al 1983) .

تحليل – Meta

يجب استخدام الدراسات السريرية العشوائية بعناية فائقة بسبب الصعوبة والتكلفة الملتزمة بطبيعتها ، ولا يمكن الإجابة على تساؤلات كثيرة تتعلق بالعلاج . فتستخدم عوضًا منها أساليب مصطنعة مثل تحليل Meta لتحديد التأثير ، ويتعلق هذا الأسلوب بدمج نتائج عدد من التجارب السريرية العشوائية حسابيًا وإحصائيًا لتقدير نتائج العلاج عندما لا تكون أية واحدة من التجارب تحوى عدداً كافيًا من المرضى لتعطى نتيجة ذات معنوية إحصائية (Goldschmidt 1986; Mullen and Ramirez 1986) ، وقد استخدمت وسيلة تحليل (Meta) على سبيل المثال لتقدير فعالية عمليات المجرى الجانبى للشرايين القلبية (Wortman and Yeaton 1983) ، وللعلاج ضد عدم انتظام القلب طويل المدى بعد الذبحات الصدرية (Hine et al 1989) .

الدراسات المقطعية العرضية :

يميز جل أدبيات البحوث على فعالية الرعاية الطبية اللاتجريبية وخاصة الدراسات المقطعية العرضية على السكان ، وهى دراسات تتصف بالمراقبة والملاحظة باستخدام

قواعد البيانات والسجلات القائمة مثل : قاعدة معلومات مديكير وتطبق عليها الضبط الإحصائى للفروقات فى اختلاف الحالات ، وغالبًا ماتفتقر إلى مجموعات المقارنة إلا أنها أكثر ملاءمة (أسهل تطبيقًا) وتعتمد على أعداد كبيرة من البيانات التى تعكس الواقع العملى ، إلا أن المشكلة الأساسية هنا هى أن قواعد البيانات هذه قد تكون منحازة بشكل كبير مما يحد من إمكانية تعميم نتائج الدراسة على عموم السكان ، مع أن أغلب الدراسات عن فعالية الرعاية الطبية ، وبالتالى أغلب الدليل على الفعالية التى ستعرض وتراجع فى القسم التالى من هذا الفصل تعتمد على التصاميم المقطعية العرضية .

تحليل القرار :

يصنع أسلوب تحليل القرار المعلومات عن الفعالية لتحديد قيمة أسلوب مقابل أسلوب آخر لتحليل السياسة ، وفى النهاية لاتخاذ القرارات السريرية ، ويتطلب أسلوب تحليل القرار معلومات عن العلاج الفعلى للمرضى الذين يعانون من مرض ما ، ونتائج هذا العلاج ومدى تقدير المرضى لهذه النتائج ، وذلك باستخدام المعلومات من قواعد بيانات كبيرة لتقدير احتمالات حدوث نتائج مختلفة من العلاج للمرضى ، وتوفر مسوحات المرضى المعلومات عن أعراض المرض إضافة إلى تفضيلاتهم للنتائج المختلفة ، ويمتاز أسلوب تحليل القرار بأنه يصنع كمية كبيرة من المعلومات المناسبة وثيقة الصلة بالفعالية ، ومن سلبياتها أن البيانات الضرورية عن قيم المرضى أو تفضيلاتهم غالبًا لاتتوفر . ونعرض مثالاً على تحليل القرار باستخدام بيانات مديكير على المستوى الوطنى المتعلقة بأكثر العلاجات فعالية لأورام البروستاتا الحميدة فى القسم التالى (Wennberg et al 1988) .

مصادر البيانات :

عند عدم إمكانية إجراء التجارب السريرية والتجارب الحقيقية ، تعتمد بحوث الفعالية على عدد من مصادر البيانات لإجراء الدراسات من النوع المقطعى العرضى المذكور سابقًا ، وتضم هذه المصادر مسوحات السكان ومسوحات مقدمى الخدمة ،

إضافة إلى سجلات الوفيات والولادات والأمراض التى تدعمها الحكومة ، وأيضًا بيانات الملفات الطبية التى يمكن الوصول إليها من خلال مصادر بيانات كل من الدعاوى القضائية والخروج من المستشفى التى يستخدم العديد منها فى إجراءات ضمان الجودة (انظر العمود الأيسر من جدول ٤-٢) ، كما تم مناقشة العديد من هذه المصادر فى سياق نقاش مقاييس الحالة الصحية على الأساس السكانى ، كما يجمع مسح المقابلات الصحى الوطنى المعلومات عن استخدام المجيبين للرعاية الطبية ، كما تقدم مسوحات بعض مقدمى الرعاية مثل : مسح الرعاية الطبية الخارجية الوطنى ، ومسح رعاية المدى الطويل الوطنى ، معلومات إجمالية عن المرضى واستخداماتهم للمؤسسات الطبية . كما تدون الأمراض فى سجلات وطنية يصون بعضها الحكومة ، والبعض الآخر من خلال مصادر خاصة ، وسنعطى مثالاً للأول نورد فيه نظام أبديمولوجية المراقبة والنتائج النهائية التابع لجمعية السرطان الوطنية (SEER) ، إلا أن غالبية دراسات بحوث الفعالية تعتمد على الملفات الطبية والمصادر المتعلقة بها مثل : بيانات الاستحقاقات المجمعة لأهداف تقديم الفواتير ، وبيانات ملخصات الخروج المجمعة أساسًا لأهداف تأكيد النوعية ، وأكبر مصدر لبيانات الاستحقاقات هو قاعدة بيانات مديكير التابعة لإدارة تمويل الرعاية الطبية ، وأكثر ملفاتها استخدامًا هو ملف تحليل ومراجعة مقدمى الخدمة لمديكير (MEDPAR) ، إضافة إلى ذلك فإن (HCFA) تجمع معلومات عن جودة الرعاية الطبية على مستوى الملفات الطبية من خلال منظمات مراجعة النظير ، وتسعى الآن إلى جمع هذه المعلومات بطريقة أكثر تصنيفًا من خلال مجموعة البيانات السريرية الموحد (Krakauer and Bailey 1991) ، كما تحفظ مؤسسات التأمين الصحى الخاصة مثل : الصليب الأزرق والدرع الأزرق قواعد بيانات للاستحقاقات ، إلا أنها محدودة الفائدة بسبب وجود أكثر (١٥٠٠) مؤسسة تأمين فى البلاد ، إضافة إلى أن المعلومات لاتجمع إلا عن المرضى الذين لديهم تأمين صحى . كما توفر بيانات الخروج من المستشفى التى تجمع طوعيًا لأهداف تأكيد الجودة مصدراً ثريًا للبيانات لبحوث الفعالية . وقد شاركت المستشفيات طوعيًا منذ أوائل الخمسينيات فى دراسة النشاطات المهنية (PAS) التابع لهيئة نشاطات المستشفيات والنشاطات المهنية (CPHA) ، وفى هذه الدراسة توفر المستشفيات المشتركة فى هذه

الخدمة مقابل رسوم محددة معلومات ملخصات الخروج لمنظمة (CPHA) التى تركب هذه المعلومات وتلخصها وتقدم تقارير شاملة للمستشفيات المشاركة . كما تجمع البيانات المعيارية للمستشفيات الأعضاء لتمكنهم من تقويم أدائها بالمقارنة مع المستشفيات المثيلة . وقد سنت كل من ولاية بنسيلفانيا وكولورادو وأيوا تشريعاً يلزم جميع المستشفيات ومؤسسات التأمين الصحى بالمساهمة فى قواعد بيانات على مستوى الولاية بمعلومات عن جميع نشاطات المستشفى (Lezzoni, Schwartz and Restuccia 1991) ، كما تلزم هذه الولايات المستشفيات بتبنى نظامًا موحدًا لتضبيط الخطورة وهو نظام (Medis Group) يرفق بمعلوماتها . الأمر الذى يوفر مصدراً محتملاً لبحوث الفعالية .

وأخيراً فإن (JCAHO) أيضًا بصدد تأسيس قاعدة وطنية لبيانات المستشفيات مستمدة من مؤشراتها السريرية الجديدة من أجل مجموعة موحدة من المؤشرات السريرية سوف تزود جميع المستشفيات (JCAHO) بمعلومات عن ممارساتها ، وتستخدم هذه البيانات لقرارات الاعتماد ، وسيزود جميع المستشفيات بهذه البيانات المجمعة لتمكينه من مقارنة إدارة المستشفيات الأخرى وتحسين مايمكن فى نواحى الجودة (O,leary 1987) .

مع أنه يبدو ولأول وهلة وجود إمكانية هائلة هنا ، إلا أنه بعد مراجعة بيانات الاستحقاقات والخروج من المستشفى يتضح وجود كل من القوة والضعف فيها ، وتشمل نقاط القوة إمكانية ربط قواعد بيانات كبيرة بما فى ذلك أعداد كبيرة من المرضى ، إضافة إلى اعتمادية المعلومات الواقعية والفائدة لاختلاف التوثيق فى العيادات ، إضافة إلى حقل واسع من النتائج المختلفة . أما نقاط الضعف فتشمل احتمال عدم وجود بعض مؤشرات البحوث الهامة ، وعدم وجود المعلومات عن تضبيط الخطورة ، وعامة تكون بيانات مابعد الخروج غير موجودة ، إضافة إلى محدودية إمكانية الوصول إلى قواعد البيانات (Blumbrg 1991; Jencks 1990) .

لقد تم فى هذا الفصل تحديد الفعالية من منظورين متممين لبعضهما البعض وهما: المنظور السكانى ، والمنظور السريرى ، أما المنظور السكانى فيسأل عن الإسهامات

التى تقدمها الرعاية الطبية نحو صحة السكان ، وأما المنظور السريرى بالمغاير فيسأل كيف تحسن الرعاية الطبية صحة المرضى الذين يدخلون النظام طلباً للرعاية . وقد تم وصف المنهجيات الأساسية لبحوث الفعالية التى تساعد على إجابة هذين السؤالين ، إضافة إلى مناقشة نقاط الضعف والقوة فيها ، ويوضح الفصل التالى كيفية تطبيق هذه المنهجيات منها مقياس الحالة الصحية ، وخطورة المرض ، وتحليل بيتا ، وتحليل القرار للإجابة على أسئلة الفعالية الأساسية .

المراجع :

- Bergner, M., R. Bobbitt, W. Carter, and B.Gilson. 1981. "The Sickness Impact Profite: Development and Final Revision of A Health Satus Measure" Medical Care 19: 787 - 805.

- Berkman, L., and L. Breslow. 1983. Health and Ways of Living: The Alameda County Study. New York: Oxford University Press.

- Beta-Blocker Heart Attack Study Group. 1982. "A Randomized Trial of Propranolol in Patients with Acute Myocardial Infarction. I. Mortality Results. "Journal of the American Medical Association 247: 1707 - 14.

- Block, P., I. Ockene, R. Goldberg, J. Butterly, E. Block, C. Degon, A. Beiser, and T. Colton. 1988. "A Prospective Randomized Trial of Outpatient versus Inpatient Cardiac Catheterization." New England Journal of Medicine 319: 1251 - 55.

- Blumberg, M. 1991. "Potentials and Limitations of Database Research Illustrated by the QMMP AMI Medicare Mortality Study. "Statistics in Medicine 10: 637 - 46.

- Brewster, A., B. Karlin, L. Hyde, C. Jacbs, R. Bradbury, and Y. Chae. 1985. "MEDISGRPS: A Clinically Based Approach to Classifying Hospital Patients at Admission" Inguiry 22: 377 - 87.

- Brook, R. 1974. Quality of Care Assessment: A Comparison of Five Methods of Peer Review DHEW-HRA-74-3100. Washington, DC: U.S. Government Printing Office.

- Brook, R., and K. Lohr. 1985. "Efficacy, Effectiveness, Variations, and Quality: Boundary-Crossing Research." Medical Care 23 (supp): 710 - 22.

- Brook, R., J. Ware, W. Rogers, E. Keeler, A. Davies, C. Donald, G. Goldberg, K. Lohr, P. Masthay, and J. Newhouse. 1983. "Dese Free Care Improve Adults' Health? Results from a Randomized Controlled Trial." New England Journal of Medicine 309: 1462 - 34, 1453.

- Canner, P., K. Berge, N. Wenger, J. Stamler, L. Friedman, R. Prineas, and W. Friedewald. 1986. "Fifteen Year Motrality in Coronary Drug Project Patients: Long-term Benefit with Niacin." Journal of the American College of Cardiology 8: 1245 - 55.

- Carlson, R. 1975. The End of Medicine. New York: John Wiley & Sons.

- Cochrane, A. 1971. Effectiveness and Effciency. London: Nuffield Provincial Hos-Pitals Trust.

- Donabedian, A 1966. "Evaluating the Quality of Medical Care." Milbank Memorial Fund Quarterly 44 (Part 2): 166 - 206.

- ___ 1973. Aspects of Medical Care Administration: Specifying Requirements for Health Care Cambridge, MA: Harvard University Press.

- ___ 1980. Explorations in Quality Assessment and Monitoring Volume I, The Defnition of Quality and Approaches to Its Assessment. Ann Arbor. Health Administration Press.

- ___ 1982. Explorations in Quality Assessment and Monitoring Volume II, The Criteria and Standards of Quality. Ann Arbor. Health Administration Press.

- ___ 1988. "Quality Assessment and Assurance: Unity of Purpose, Diversity of Means." Inquiry 25: 173 - 92.

- Dubois, R., W. Rogers, J. Moxley, D. Draper, and R. Brook. 1987. "Hospital Inpatient Mortality: Is It a Predictor of Quality?" New England Journal of Medicine 317: 167 - 80.

- Dubos, R. 1959 Mirage of Health. New York: Harper & Row.

- Ellwood, P. 1988. "Shattuck Lecture - Outcomes Management: A Technology of Patient Experience." New England Journal of Medicine 318: 1549 - 56.

- Evans, R., and G. Stoddart. 1990. "Producing Health, Consuming Health Care." Social Science and Medicine 31: 1347 - 63.

- Fuchs, V. 1974. Who Shall Live? New York: Basic Books.

- Geehr, E. 1989. Selecting a Proprietary Severity- of Illness System. Tampa, FL: American College of Physician Executives.

- Goldschmidt, P. 1986. "Information Synthesis: A Practical Guide." Health Services Research 21: 215 - 37.

- Hansluwka, H. 1985. "Measuring the Health of Populations: Indicators and Interpretations." Social Science and Medicine 20: 1207 - 24.

- HDFP. 1979. "Five-year Findings of the Hypertension Detection and Follow-up Program. I. Reduction in Mortality of Persons with High Blood Pressure, Including Mild Hypertension." Journal of the American Medical Association 242: 2562 - 71.

- Health Care Financing Administration. 1986. Medicare Hospital Mortality Information 1948. Washington, DD: U. S. Government Printing Office.

- ___ 1987. Medicare Hospital Mortality Information1986. Washington, DC: U. S. Government Printing Office.

- Hine, L., N. Laird, P. Hewitt, and T. C. Chalmers. 1989. "Meta-analysis of Empirical Long-term Antiarrhythmic Therapy after Myocardial Infarction." Journal of the American Medical Association 262: 3037 - 40.

- Horn, S., and R. Horn. 1986. "The Computerized Severity Index: A New Tool For Case-Mix Management." Journal of Medical Systems 10: 37 - 87.

- Hornbrook, M. 1982. "Hospital Case Mix: Its Definition, Measurement, and Use. Prat I. The Conceptual Framework. Part II. Review of Alternative Measures." Medical Care Review 39: 1-43,73 - 123.

- Lezzoni, L., 1990. "Severity of Illness Measures- Comments and Caveats." Medical Care 28: 757 - 61.

- Lezzoni, L., A. Ash, G Coffman, and M. Moskowitz. 1991." Admission and Mid stay MedisGroups Scores as Predictors of Death Within 30 days of Hospital Admission." American Joural of Public Health 81: 74 - 78.

- Lezzoni, L., M. Schwartz, and J. Restuccia. 1991. "The Role of Sevrity Information in Health Policy Debates: A Survey of State and Regional Concems." Inquiry 28: 117 - 28.

- Illich, I. 1975. Medical Nemesis. London: M Boyars.

- Jencks, S. 1990. "Issues in the Use of Large Databases for Effectiveness Research". In Effectiveness and Outcomes in Health Care, edited by K. A. Heithoff and K. Lohr, 94 - 104. Washington, DC: National Academy Press.

- Kaplan, R., and J. Bush. 1982. "Health-Related Quality of Life Measurement for Evaluation Research and Policy Analysis." Health Psychology1: 61 - 80.

- Knaus, W., E. Draper, and D. Wagner. 1985. "APACHE II: A Severity of Disease Classification System." Critical Care Medicine 13: 818 - 29.

- Knowles, J. 1977. "Doing Better and feeling Worse: Health in the United States." Dacdalus106 (1): 1 - 278.

- Krakauer, H., and C. Bailey. 19910 "Epidemiologic Oversight of the Medical Care Provided to Medicare Beneficiaries." Statistics in Medicine 10: 521 - 40.

- Luft, H., J. Bunker, and A. Enthoven. 1979. "Should Operations be Regionalized?" The Empirical Relation Between Surgical Volume and Mortality." New England Journal of Medicine 301: 1364 - 69.

- Martini, C., J. B. Allan, J. Davison, and E. M. Backett. 1977. "Health Indexes Sensitive to Medical Care Variation." International Journal of Health Services 7: 293 - 309.

- McDowell, I., and C. Newell. 1987. Measuring Health: A Guide to Rating Scales and Questionnaires. New York: Oxford University Press.

- McKeown, T. 1976. The Role of Medicine: Dream, Mirage, or Nemesis? London: Nuffield Provincial Hospitals Trust.

- McKinlay, J., and S. McKinlay. 1977. "The Questionable Contribution of Medical Measures to the Decline of Mortality in the United States in the Twentieth Century." Milbank Memorial Fund Quarterly 55: 405 - 28.

- Meenan, R., P. Gertman, and J. Mason. 1980. "Measuring Health Status in Arthritis: The Arthritis Impact Measurement Scales." Arthritis and Rheumatism23: 146 - 52.

- Milio, N. 1983. Primary Care and the Public's Health. Lexington, MA: Lexington Books.

- Mor, V., M. Stalker, R. Gralla, et al. 1988. "Day Hospital as an Alternative to Inpatient Care for Cancer Patients: A Random Assignment Trial." Journal of Clinical Epidemiology 41: 771 - 85.

- Moriyama, I., and M. Gover. 1984. "Statistical Studies of Heart Diseases. I. Heart Diseases and Allied Causes of Death in Relation to Age Changes in the Population." Public Health Reports 63: 537 - 45.

- Mullen, P., and G. Ramirez. 1987. "Information Synthesis and Meta-analysis." In Advances in Health Education and Promotion, edited by W. Ward, M. Becker, P. Mullen, And S. Simonds, 201 - 39. Greenwich, CN: JAI Press.

- National Center for Health Statistics, 1992. Health, United States, 1991. DHHS Pub. No. PHS 92 - 1232. Washington, DC: U. S. Govemment Printing Office.
- O'Leary, D. 1987. "The Joint Commission Looks to the Future." Journal of the American Medical Association 258: 951 - 52.
- Patrick, D. L., and R. A. Deyo. 1989. "Generic and Disease-Specific Measures in Assessing Health Status and Quality of Life." Medical Care 27 (supp): S 217 - 23 .
- Relman, A. 1988. "Assessment and Accountability: The Third Revolution in Medical Care." New England Journal of Medicine 319: 1220 - 22.
- Sackett, D. L. 1980. "Evaluation of Health Services." In Maxcy-Rosenau Public Health and Preventive Medicine, edited by J. Last. Norwalk, CN: Appleton Century- Crofts.
- Stewart, A., R., Hays, and J. Ware. 1988. "The MOS Short- Form General Health Survey: Reliability and Validity in a Patient Population. "Medical Care 26: 724 - 35.
- Thomas, J., and M. Ashcraft. 1991. "Measuring Severily of Illness: Six Severity Systems and Their Ability to Explain Cost Variations." Inquiry 28 (1): 39 - 55.
- VA Cooperative Study Group. 1970. "Effects of Treatment on Morbidity in Hypertension. II. Results in Patients With Diastolic Blood Pressure Averaging 90 through 114 MM Hg." Journal of the American Medical Association 213: 1143 - 52.
- Wennberg, J. 1984. "Dealing With Medical Pratice Variations: A Proposal for Action." Health Affairs 3 (2): 6 - 42.
- ___ 1990. "Small Area Analysis and the Medical Care Outcome Problem." In Resarch Methodology: Strengthening Causal Imterpretations of Nonexperimental Data, edited by L. Sechrest, B. Starfield, and Bunker. Rockville, MD: Agency for Health Care Policy and Research.
- Wennberg, J., and A. Gittelsohn. 1973. "Small area Variations in Health Care Delivery." Science 182: 1102 - 8.
- Wennberg, J., A. Mulley, D. Hanley, R. Timothy, F. Fowler, N. Roos, M. Barry, K. Mcpherson, E. R. Greenber, D. Soule, T. Bubolz, E. Fisher, and D. Malenka. 1998. "An Assessment of Prostatectomy for Bening Urinary Tract Obstruction: Geographic Variations and the Evaluation of Medical Care Outcomes." Journal of the American Medical Assciation 259: 3027 - 30.
- Williamson, J. 1978. Assessing and Improving Health Care Outcomes: The Health Accounting Appoach to Quality Assurance. Cambridge, MA: Ballinger Publishing Company.
- Williamson, J., M. Alexander, and G. Miller. 1968. "Priorities in Patien- Care Research and Continuing Medical Education." Journal of the American Medical Association 294: 93 - 98.
- Williamson, J., D. Moore, and P. Sanazaro. 1991. "Moving from Small qa to "LARGE QA": An Outcomes Framework for Improving Quality Management." Evaluation and the Health Pofessions 14 (2): 138 - 60.

- Woolsey, T., and I. Moriyama. 1948. "Statistical Studies of Heart Diseases II. Important Factors in Heart Disease Mortality Trends." Public Health Reports 63: 1247 - 73.

- Wortman, P., and W. Yeaton. 1983. "Synthesis of Results in Controlled Trials of Coronary Artery Bypass Grpass Graft Surgery." Evaluation Studies, Review Annual 8: 536 - 51.

الفصل الثالث
الفعَّاليِّة : دليل وتطبيق

يستعرض هذا الفصل الدليل الذى يجيب على السؤالين الرئيسين المتعلقين بالفعالية وبالتحديد : ماهى إسهامات الرعاية الطبية نحو صحة السكان ؟ وهل بالإمكان تحسين الفعالية السريرية للرعاية الطبية ؟ بعد هذه المراجعة يتم وصف وتحرٍ تطبيقًا لبحوث الفعالية يتعلق بالسياسة الصحية أى تقدير النتائج .

دليل متعلق بفعالية الرعاية الطبية :

تعنى أسئلة الفعالية بإسهامات الرعاية الطبية نحو الصحة ، وعلى ضوء الأفكار الممثلة فى جدول (٢/١) بالإمكان تحليل هذا السؤال العام إلى عدد من الأسئلة المحددة المتصلة بالعلاقات بين بنية الرعاية الطبية وإجراءاتها ونتائجها ، أما الأسئلة المتصله بالعلاقة بين البنية والنتائج فهى التالية :

- هل هناك دليل على علاقة تأثير تدخلات الرعاية الطبية والنتائج ؟
- هل هنالك دليل على أن كمية موارد الرعاية الطبية تفسر الاختلافات فى النتائج ؟
- هل هنالك دليل على أن تحسين توزيع الرعاية الطبية وإمكانية الوصول إلى خدماتها يحسن نتائج الوضع الصحى للسكان ؟

أما الأسئلة المتصلة بالعلاقة بين الإجراءات والنتائج فهى التاليـة :

- هل هنالك دليل على أن زيادة استعمال الرعاية الطبية تساهم فى النتائج المتحسنة ؟
- هل هنالك دليل على ارتباط عدد الإجراءات الطبية المنفذة بالاختلافات فى النتائج ؟
- هل هنالك دليل على تأثير نوعية الرعاية الطبية على نتائج تلك الرعاية ؟

تقدم أدلة مختارة متعلقة لكل من هذه الأسئلة على حدة لكل من المنظور السكانى والمنظور السريرى ، علماً بأنه لايهدف هذا الفصل إلى استعراض شامل لجميع الأدلة المتصلة بهذه الأسئلة ، بل سوف توضح أمثلة مختارة أنواع الأدلة والأهمية العامة للدليل .

تحسين صحة السكان :

التأثير ونتائج السكان :

مع أن التجارب السريرية العشوائية هى المنهجية الأساسية لتحديد تأثير تدخلات الرعاية الطبية ، إلا أن المثال التالى يوضح الاستخدام المبدع لتصميم الدراسة المقطعية العرضية ، وفى هذه الحالة تصميم «الملاحظة عبر الوقت» لتقدير فعالية الرعاية الطبية بتقديم علاجات مؤثرة لحالات البحث كما ذكر سابقًا حدثت نقلة جذرية فى الوفيات بين بداية وأواخر (١٩٠٠م) فى الولايات المتحدة من الوفاة الناتجة عن الأمراض المعدية الحادة إلى الوفاة الناتجة عن الأمراض المزمنة مثل : أمراض القلب ، والأورام ، والسكتة الدماغية ، وقد افترض أن هذه النقلة الجذرية نتجت عن وضع المضادات الحيوية موضع الاستخدام لعلاج الأمراض الحادة المعدية وكذلك اللقاحات لمنع حدوثها . وقد شرع ماكينلى وماكنيلى (Makinlay and Maknlay 1977) بفحص هذه الفرضية مستخدمين بيانات الوفيات خلال هذه الفترة المتوفرة من مصادر الإحصاءات الحيوية الأمريكية ، وقد فحصا بيانات عشرة من الأمراض المعدية الشائعة وهى السل والحمى القرمزية والإنفلونزا وذات الرئة والدفتيريا والسعال الديكى والحصبة والجدرى والتيفوئيد وشلل الأطفال ، وبالرغم أن معظم الانخفاض فى الوفيات الناتج عن جميع هذه الأمراض – باستثناء وفيات الحصبة – قد حدث قبل البدء باستخدام المضادات الحيوية أو اللقاح الخاص بهذه الأمراض ، فقد وجد أن متوسط صافى الانخفاض للوفيات الناتجة عن الأمراض العشرة بعد البدء باستخدام العلاجات الخاصة بكل مرض كان (٢٥٪) ، علمًا بأن حقل الانخفاض كان من (٢٩ ,٠٪) للتيفوئيد إلى (١٠٠٪) للجدرى ، حتى انخفاض الوفيات لشلل الأطفال بعد تطوير لقاح - Salk and Sabin - فى عام ١٩٥٥ كان فقط (٢٥٪) أى أنه يبدو أن التدخلات الطبية المحددة لكل مرض لم تساهم إلا مساهمة طفيفة فى خفض الوفيات من الأمراض المعدية الحادة فى هذا البلد . وتكشف هذه الدراسة ودراسات أخرى مشابهة لها مثل دراسة شارلتون وفيليز (Charlton and Velez 1986) عن منفعة هامشية من الرعاية الطبية المؤثرة .

الكمية ونتائج السكان :

إضافة إلى دراسة التأثير ، تم تقصي العلاقة بين كمية الموارد الطبية المستخدمة والنتائج في دراسات ذات تصميم غير تجريبي باستخدام بيانات الملاحظة المقطعية العرضية . لم يجد كوكرين وسانت ليجير ومور (Cochrane, St. Leger, and Moore 1987) علاقة ثابتة بين الوفيات ومستوى موارد الرعاية الطبية ، حيث استخدموا معدلات وفيات مختلفة من (١٨) بلداً متطوراً بمثابة النتائج الطبية ، واستخدموا نسب الموارد للسكان كمتغيرات البنية ، وفي الواقع وجدوا أن معدلات الوفيات كانت أكثر حساسية لنسبة الناتج القومي للفرد ونسبة الأطباء للسكان ، ولكن باتجاه معاكس أي يرتبط الناتج القومي المرتفع بمعدلات وفيات منخفضة ، ولكن كلما ارتفع عدد الأطباء للسكان ارتفع معدل الوفيات ، منذ ذلك الحين تم تقصي ظاهرة التناقض هذه ، ارتباط ارتفاع عدد الأطباء يتبعه ارتفاع معدلات الوفيات ولكن لم يتم تفسيرها ، إلا أن النتيجة المتوقعة لنسبة الممرضات اتضحت فعلاً أي ارتباط ارتفاع نسبة الممرضات للسكان مع معدلات أقل للوفيات .

ووجد نيوهاوس وفريد لاندر (Newhouse and Friedlander, 1979) أن معدلات انتشار المرض من مسوحات فحص الصحة والغذاء في الولايات المتحدة لم تكن مرتبطة بمستوى موارد الرعاية الطبية عبر مناطق الإحصاء ، وقد فحصوا انتشار كل من ضغط الدم المرتفع والدوالي (توسع أوردة الساق) وارتفاع مستويات الكوليسترول وتخطيط القلب غير الطبيعي والصور الإشعاعية غير الطبيعية فيما يتعلق بتوزيع كل من أطباء الرعاية الأولية وجميع الأطباء ، وأطباء الأسنان ، وأسرَّة المستشفيات للسكان الارتباط الوحيد الذي له معنوية إحصائية وهو الارتباط بين عدد جميع الأطباء وارتفاع ضغط الدم ، إلا أنه أيضًا كان في اتجاه معاكس للمتوقع ، أي يرتبط ارتفاع عدد الأطباء مع ارتفاع انتشار ضغط الدم المرتفع . كل هذه الدراسات السابقة تؤكد فكرة أن الرعاية الطبية تسهم إسهامًا متواضعًا نحو صحة السكان سواء كان معيار النتائج الوفيات أم انتشار المرض ، وكذلك سواءً كانت المقارنة بين البلدان أم داخل بلد واحد .

التوزيع ونتائج السكان :

لقد سبق اقتراح فكرة أن العامل المهم فى صحة السكان ليس مجرد كمية موارد الرعاية الطبية بل هو توزيعها . فقد وجد جورديس (Gordis 1973) تأثير وجود مراكز صحة المجتمع الشامل على حدوث مرض حمى الروماتيزم ، فقد وجد باستخدام بيانات دائرة صحة المدن فى دراسة تحليلية ، معدلات حدوث حمى الروماتيزم أقل فى مناطق المدينة التى لديها مراكز صحة المجتمع الشاملة . والفرضية هنا هى أن الأطفال فى هذه المناطق لديهم إمكانية وقدرة أفضل فى الحصول على علاج نهائى بالبنسلين . وفى دراسة مراقبية باستخدام بيانات طولية من إنجلترا لتقصى أثر تحسين توزيع موارد الرعاية الصحية على معدلات وفيات السكان (Hollingsworth 1981) استخدم الباحث بيانات من قبل ومن بعد تطبيق نظام (الخدمة الصحية الوطنية) لتحديد أثر تغيير توزيع موارد الرعاية الطبية على معدلات وفيات السكان وفق الطبقات الاجتماعية ، ووجد أنه على الرغم من إحراز الإنصاف فى توزيع موارد الرعاية الصحية حسب المناطق الصحية الجغرافية وزيادة استخدام المرضى من الطبقات الاجتماعية الدنيا والتحسن فى معدلات الوفيات ، إلا أن الفروقات فى مستوى الحالة الصحية بين الناس فى قطبى المستوى الاجتماعى والاقتصادى لا زالت مستمرة بعد (٤٠) سنة من تطبيق نظام الخدمة الصحية الوطنية البريطانى . وعلى سبيل المثال تشير البيانات إلى أن وفيات حديثى الولادة الكلى قد انخفضت أكثر من (٥٠٪) خلال هذه الفترة ، إلا أن الفرق فى هذه الوفيات قد ارتفع بين الطبقات الاجتماعية حيث تزيد وفيات حديثى الولادة لأدنى الطبقات الاجتماعية (٢٥٪) عن وفيات أعلى الطبقات .

الإجراءات ونتائج السكان :

تضم الأدلة المتعلقة بالإجراءات والنتائج الدراسات التى تفحص العلاقة بين متغيرات الإجراءات مثل : الاستخدام وعدد المجريات الطبية المتخذة ونوعية الرعاية ومتغيرات النتائج المتعددة .

تقدم تجربة التأمين الصحى لمنظمة RAND (Brook et al 1983) أفضل مثال على تقصى آثار معدلات استخدام مختلفة على النتائج الصحية . وقد تم تصميم هذه

الدراسة كتجربة مستقبلية تضم عائلات من ستة مجمعات مختلفة عبر الولايات المتحدة الأمريكية تم توزيعها عشوائيًا على نظم تأمين مختلفة . وقد تم إجراء الدراسة لتحديد تأثير مستويات مختلفة من المدفوعات الإضافية فى نظام تأمين صحى وطنى على الاستخدام أولاً ثم على مستوى الحالة الصحية ، أما الاستخدام الذى تم فحصه فى هذه الدراسة فيضم الرعاية فى العيادات الخارجية والرعاية داخل المستشفى للراشدين والأطفال . أما النتائج السريرية التى تم تقديرها للراشدين فهى ضغط الدم والبصر وكان استخدام الخدمات الصحية أكثر من (٣٣٪) ، واستخدام الأطفال أكثر من (٢٢٪) فى الرعاية المجانية منه فى أسلوب التأمين الذى يتطلب مدفوعات إضافية بمقدار (٩٥٪) من التكلفة (Valez et al 1985) ، وقد صاحب هذا الاختلاف فى الاستخدام اختلافًا طفيفًا فى ضغط الدم وتصحيح البصر للراشدين ، ولم يوجد أى اختلاف فى النتائج السريرية للأطفال . فأحد الاستنتاجات إذًا أن الرعاية الطبية تساهم مساهمة متواضعة نحو صحة السكان حسب مقاييس سريرية مختارة ، أما بالنسبة للأسر ذوى الدخل المنخفض فى هذه الدراسة فقد كانت النتائج أكثر وضوحًا إذ تبين أن إضافة مدفوعات متواضعة إلى التأمين الصحى يؤثر سلبيًا على صحتهم (Brook 1991) ، وقد توصلت دراسة مقطعية عرضية أجريت فى بوسطن ونيوهايفن إلى استنتاجات مماثلة بوجود منفعة هامشية لاستثمار أكبر للموارد الصحية (Wennberg et al. 1989) ، فقد برهن وينبرج وزملاؤه باستخدام بيانات مديكير ، وعند ضعف الاستخدام والتكلفة لمستشفيات بوسطن فإن النتائج من بحث معدلات وفيات مستفيدى خدمات مديكير لم تكن مختلفة كما لم يمكن تعليل هذه الفروقات فى استخدام الرعاية الصحية بحدة المرض أو أسباب ديموغرافية أخرى .

ملخص :

يوجد بصفة عامة دليل على أن الرعاية الطبية سواء قيست من نواحى بنيتها أو إجراءاتها وإذا قيست على المستوى الفردى ، أو على مستوى المؤسسة الصحية ، أو على مستوى النظام الصحى ، أو على المستوى الوطنى لاتساهم إلا مساهمة متواضعة نحو صحة السكان . إحدى المشكلات فى هذا الاستنتاج هى أن غالبية الدليل عليه

مبنى على بيانات الملاحظة وتصاميم البحث المقطعية العرضية ، وهى تصاميم دراسية ضعيفة من حيث إنها لا تستطيع بيان اتجاه التأثير ولا مسبباته المحتملة ، والاستثناء الوحيد فى ذلك هو دراسة منظمة RAND الذى استخدم تصميم بحث تجريبى لتدخل طبى ، يليه تقدير التأثير ، والتوزيع العشوائى لعينة البحث ، حيث توضح صفة هذا التصميم الأولى اتجاه التأثير ، فى حين تحد الصفة الثانية من المسببات الأخرى الممكنة .

علاوة على ذلك فإن أغلب هذه الدراسات استخدمت الوفيات كنتيجة الرعاية الطبية ، وقد تم مراراً بيان ارتباط معدل الوفيات بالمتغيرات البيئية والاجتماعية والديموغرافية أكثر من الرعاية الطبية (Martini et al, 1977) ، وبهذا لا يكون معدل الوفيات أقل حساسية لاختلافات الرعاية الطبية فقط ، بل هو أيضًا عرضة للبس بعناصر أخرى إضافة إلى أن ضبط الخطورة المناسب غير ممكن (البيانات الضرورية لذلك غير متوفرة فى قواعد بيانات الوفيات) لإجراء المقارنة فى الوفيات بين المجموعات المختلفة ، وهذا القصور يجعل التمييز بين نتائج الرعاية الطبية والحالات الأصلية فى غاية الصعوبة .

وقد أجريت دراسة النتائج الطبية لتقصى هذه النقاط ولتحديد أدق لمساهمة الرعاية الطبية لنتائج المرضى (Tlrov et al 1989) ، وتستخدم هذه الدراسة إطار (البنية – الإجراءات – النتائج) الفكرى ، وتجمع كلاً من التصميم المقطعى العرضى والتصميم الطولى فى دراسة واحدة ، وتفحص الدراسة نظم الرعاية ، وأساليب الممارسة الطبية ، وقضايا التخصصات ، والنتائج الخاصة بالمسنين والفقراء ضمن هذا الإطار . وتحدد هذه الدراسة خصائص النظام ومقدم الرعاية والمريض كمتغيرات البنية ، وأسلوب العلاقات بين الأشخاص والأسلوب التقنى كمتغيرات الإجراءات ، وأخيراً تحدد النهايات السريرية والحالة العملية والرفاهية العامة ، والرضا من الرعاية كالنتائج .

ويتابع الجزء الطولى من الدراسة مرضى السكر وضغط الدم المرتفع وأمراض القلب التاجية والاكتئاب فى كل من بوسطن وشيكاغو ولوس أنجليوس وذلك لربط متغيرات البنية والإجراءات مع حقل النتائج المحدد أعلاه ، وتُظهر النتائج المنشورة فروقات فى مقاييس حالة الصحة العملية بين المرضى الذين يعانون من أمراض مزمنة مختلفة (Stewart et al 1989) . وتدعم هذه النتائج صحة مقاييس الحالة الصحية المستخدمة وتؤكد الحاجة لاستخدام مؤشرات عدا النتائج السريرية فقط لتقدير فعالية الرعاية

الطبية ، وتعرض احتمال تقديم أدلة حاسمة تتعلق بتأثير خصائص مقدمى الرعاية ونظام الرعاية على نتائج هذه الرعاية .

تحسين فعالية الرعاية الطبية :

سؤال السياسة الصحية وبحوث الخدمات الصحية الهامة فيما يتعلق بالفعالية فى الوقت الحاضر هو «هل بالإمكان تحسين فعالية الرعاية الطبية؟» ويبدأ تقصى هذا السؤال بالتجارب السريرية العشوائية لتحديد أثر النهج الطبى ، وبالتالى القياس الذى نقارن به الممارسة الطبية الفعلية . وحيث يوجد قصور فى الممارسة الطبية الفعلية (أى قصور فى الفعالية) عن المستوى المحدد من خلال دراسات الأثر إذًا يفترض وجود مجال للتحسين . ويزودنا مرض ضغط الدم المرتفع بمثال جيد لاستخدام مثل هذا الأسلوب .

الأثر والنتائج السريرية :

فى عام ١٩٦٠م تم إجراء تجربة سريرية عشوائية على ذكور من المحاربين القدامى يعانون من ارتفاع ضغط الدم ، حيث قورن العلاج بعقار محدد مع فعالية العلاج بعقار كاذب لعلاج ضغط الدم المرتفع عند الذكور ، وفى نهاية التجربة كانت النتائج للمجموعة التى تعانى من ارتفاع ضغط الدم المتوسط المستوى حاسمة وذلك عند استخدام الوفيات والمرضية كمقياس للنتائج إذ كان العلاج المنتظم بالعقاقير فعالاً فى خفض الوفيات والمرضية بسبب هذا المرض (VA Cooperative Study Group) . تعتبر هذه الدراسة ونتائجها الإيجابية مثالاً على دراسة نموذجية للتدخل الطبى سواءً بالعلاج أو بالإجراء ، وتحديد أثر هذا التدخل ، وقد شرع بالعمل فى برنامج تقصى ومتابعة مرضى ضغط الدم المرتفع (HDFP) لتحديد إذا ما كانت نتائج الدراسة السابقة (VA) تنطبق على السكان عامة وعلى المرضى الذين يعانون من مرض ضغط الدم المرتفع خفيف المستوى (HDFP 1979) . كما يمكن أيضاً اعتباره دراسة صممت لتحديد مدى الفجوة بين «الأثر» والفعالية . وفى هذه الدراسة تم مقارنة معدلات وفيات خمس سنوات من العينة المخصصة لاستخدام النظام العلاجى المثالى المستوحى من الدراسات السابقة

والعينة المخصصة لتلقى العلاج المتبع عادة ، وبينت الدراسة تخفيض هام فى مجموع وفيات الخمس سنوات للمجموعة التى اتبعت النظام المثالى مما يبين بوضوح أن الرعاية الطبية ذات النوعية الأفضل تنتج نتائج أفضل ، إضافة إلى أنه بالإمكان تحسين فعالية الرعاية الطبية فى علاج ضغط الدم المرتفع .

إلا أن الدراسات الحديثة على ضغط الدم المرتفع أكدت محدودية التحسين المتوقع فى فعالية علاج هذا المرض (Bonita and Beglehole 1989) . فقد بينت الدراسات الإيديمولوجية أن التجارب السريرية على الفعالية تبخس تقدير منفعة علاج ضغط الدم بمقدار (١٠٪) ، ولكنها بينت أيضًا أن مايصل إلى (٧٥٪) من التخفيض من نتائج ضغط الدم السيئة لايرتبط بأى علاج محدد .

الكمية والنتائج السريرية :

بعد تثبيت أثر الإجراءات الطبية يصير بالإمكان أيضًا تقصى تأثير زيادة عدد الإجراءات على النتائج ، ومن الأمثلة على مثل هذه البحوث الدراسة التى تفحص العلاقة بين عدد العمليات الجراحية المجراة فى المستشفيات وعدد الوفيات من هذه العمليات فى كل من المستشفيات ، وباستخدام معدل وفيات الحالات المضبط كالنتيجة ، وكثرة تكرار العملية الجراحية كمتغير الإجراءات ، بيًّن الباحثون (Luft, Bunker and Enrhoven 1979) ارتباط كثرة العمليات الجراحية مع نتائج أفضل ، أى معدل وفيات أقل . فعلى سبيل المثال فى عمليات تجنب انسداد الشرايين التاجية (Coronary By-pass) بيًّن الباحثون أن معدلات وفيات المستشفيات التى تجرى أكثر من (٢٠٠) عملية فى السنة كانت أقل ، كما ثبت حد أدنى (٢٠٠) عملية لعمليات الأوعية الدموية والبروستاتا . أما بالنسبة للعمليات الأخرى فقد كان الحد أقل بكثير ، حيث كان المستوى لعمليات الأمعاء وتبديل الحوض الكامل (٥٠) عملية و (١٠) عمليات فقط لعمليات المرارة ، وفى مراجعة لاحقة للدراسات العديدة المماثلة لهذه تم تأكيد هذه النتائج الأساسية (Office of Technology Assessment 1988) . إذًا فالمعنى المتضمن فى مثل هذه الدراسات أنه بالإمكان تحسين فعالية الرعاية الطبية للعمليات الجراحية . ويقترح هؤلاء الباحثون وآخرون أقلمة جراحة العمليات التى تحتاج إلى عدد كبير

لزيادة الفعالية إلى الحد الأقصى ، إلا أن الجدل لازال قائمًا حول ما إذا كانت هذه الفروقات كانت نتيجة لاختلافات في جودة الرعاية الطبية أم أنها نتجت عن اختلافات في أنماط الإحالة ، إذ إنه من الممكن أن المستشفيات التي كانت معدلات الوفيات فيها أقل بدأت بمرضى بحالات أقل خطورة من المستشفيات الأخرى .

النوعية والنتائج السريرية :

تم تقصي سؤال فيما يتعلق بالفروقات في معدلات وفيات المستشفيات للحالات المختلفة ، فقد استخدم دوبوا وآخرون تصميم بحث مقطعي عرضي وقاعدة بيانات المستشفيات لفحص العلاقات بين معدلات وفيات المستشفى لثلاث حالات محددة وهي : الذبحة الصدرية وذات الرئة والذبحة الدماغية ، ومقياسان مختلفان لجودة الرعاية (Dubois et al 1987) ووجدوا أن (٦٤٪) من الاختلافات في النتائج يعلل بخطورة المرض عند دخول المرضى إلى المستشفى ، إلا أنه كان هناك ارتباط بين سوء نوعية الرعاية والوفيات وفق واحدة من منهجيات التقدير (المبني على حكم غير موضوعي على إمكانية تفادي الوفاة) وقد أكدت دراسات لاحقة (Park et al 1990) وجود علاقة عكسية متواضعة بين جودة الرعاية الطبية المقدمة والوفاة الناتجة بعد هذه الرعاية لأفراد من المرضى .

دليل الاختلافات :

قدم وينبرج وجيتلسون (Wennberg and Gittelsohn 1986) أول الدلائل المتعلقة بتقويم فعالية الرعاية الطبية السريرية . وأكدت مرارًا في أماكن مختلفة وباستخدام أساليب ومنهجيات مختلفة . وتشير هذه الدلائل إلى اختلاف جذري في أنماط الممارسة السريرية ، إذ تختلف المعدلات السكانية للعمليات الجراحية مثل : عملية استئصال اللوزتين واستئصال اللحمية واستئصال الزائدة الدودية واستئصال الرحم وتصحيح الفتق بنحو خمسة أو ستة أضعاف من منطقة جغرافية إلى أخرى (Wennberg 1984) . وتختلف معدلات الإجراءات التشخيصية بين المرضى من مستفيدي مديكير عبر البلاد من (١٠) إلى (٣٠) ضعفًا (Chassin, Brook and Park 1986) . فيما تبين اختلاف

ضعفين فى معدلات استخدام المستشفى والتكلفة لمرضى مديكير فى منطقتين متشابهتين هما بوسطن ونيوهايفن (Wennberg et al 1989) . فيما تتوفر دلائل الاختلافات ، يصعب تفسيرها . إذ تمت مجادلة إمكانية كون هذه الفروقات نتائج إحصائية مصطنعة لتحليل المناطق الصغيرة حيث تكون التقديرات غير ثابتة وغير قابلة للمقارنة بسبب اختلافات السكان (Wennberg 1990 b) . فى حين استخدام تضبيط بيانات الاختلافات للعمر للتحكم فى اختلافات السكان المحتملة فى الحالة الصحية ، إلا أن بلمبرج يصر على أن العمر ليس ممثلاً جيداً للحالة الصحية (Blumberg 1987) . وقد ردّ وينبرج وزملاؤه على هذه التحديات وغيرها لدلائل الاختلافات بتحسين تحليلاتهم وتضبيطات إحصائية مناسبة (Wennberg 1987, Wennberg 1990 b) ، والنتيجة هى أنه فيما انخفض مقدار الاختلافات إلا أن الفروقات لايمكن تحليلها وهناك اختلافات حقيقية وتشير إلى إمكانية تحسين فعالية الرعاية الطبية .

الخلاصة :

تقترح دراسات نوعية الرعاية الطبية والوفيات ، وكذلك دراسة (HDFP) ، ودراسات حجم العمليات الجراحية ، إمكانية تحسين فعالية الرعاية الطبية . وأكدت دراسات (HDFP) أن الثغرة الموجودة بين الأثر والفعالية قد يكون لها أكبر الأثر فى وفيات المرضى ، كما تدعم دراسات حجم العمليات الجراحية ، منفعة الرعاية الطبية الأفضل . كما تؤكد عدة دراسات أهمية نوعية الرعاية الأفضل فى تعزيز التحسينات – على تواضعها – فى النتائج . كما تؤكد دراسات ارتفاع ضغط الدم الأبديمولوجية ودراسات وفيات المستشفيات والنوعية ، التحسينات المتواضعة الناتجة مباشرة من رعاية طبية أفضل . فى الواقع إذاً لدينا كم ضخم من الأدلة يشير إلى أن الرعاية الطبية فعلاً تساهم مساهمة متواضعة نحو صحة السكان ، كما لدينا بعض الأدلة على إمكانية تحسين فعالية الرعاية الطبية ، ولدينا أيضًا الدليل على تفاوت كبير فى الممارسة الطبية الذى لايمكن تعليله . والسؤال المهم هنا هو إذا ماكانت هذه الاختلافات ترتبط بفروقات فى النتائج . فإذا كانت هناك تدخلات أو إجراءات طبية محددة لها منفعة واضحة فيجب إقرارها وإلغاء تلك الإجراءات غير الفعالة . وبما أن

أغلب التدخلات الطبية على جانب من الخطورة ، وإذا كانت الخطورة المرتبطة بإجراء ما لاتبرر المنفعة يجب تركه .

تطبيق - تقرير النتائج :

تطرح معطيات هذه الدراسات المزيد من الأسئلة حول مايمكن عمله لتحسين الفعالية ، إلا أن الإجابة المقترحة تعتمد على مستوى التركيز . فعلى المستوى السكانى حيث تعتبر الرعاية الطبية كواحدة من مدخلات صحة السكان بإمكاننا أن نتساءل عما إذا كان المزيد من الاستثمارات فى الرعاية الطبية هو أفضل السبل لتحسين صحة السكان ، وعلى النقيض إذا اعتبرنا أن البنية وإجراءات الرعاية الطبية هى نقاط التركيز المهمة فى تحسين صحة السكان ، وبالتالى تركز على مستوى النظام فى الرعاية الطبية ، فقد نتساءل عما إذا كان بالإمكان تحسين فعالية الرعاية الطبية من خلال معالجة المتغيرات على مستوى النظام . وأخيراً إذا وجهنا الانتباه إلى المستوى السريرى فقد نتساءل عما يمكن عمله للتأثير على سلوك أفراد من مقدمى الخدمة ومن المرضى .

تؤدى هذه المستويات من التركيز ومضامينها إلى مقترحات مختلفة تماماً من حيث تحديد المشكلة التى يجب مواجهتها وتحديد الحلول المناسبة لها . فعلى سبيل المثال إذا كان التركيز هو على مستوى السكان ، فإن المقترحات تتجه نحو تخفيض الاستثمارات فى الرعاية الطبية والتركيز على تغيير أنماط الحياة الضارة من خلال السياسة العامة (Breslow 1972; Evans and Stoddart 1990; Fuchs 1974; Milio 1983) .

فجدال ميليو المؤيد لاستعمال وسائل السياسة العامة لتعزيز الصحة كما يتمثل بسياسات المزارع - الغذاء - السجائر (Milis 1983, 111) يعكس هذا الأسلوب وبالتحديد ، فالباحثة تقترح استعمال إعانات المزارع لتغيير الأغذية المنتجة - مثلاً - إنتاج أغذية صحية واستبدال زراعة التبغ بمحاصيل أخرى ، وبالإمكان اعتبار مثل هذا الأسلوب كمبادرة تعزيز الصحة والوقاية من المرض التى حاولت الظهور إلى الأضواء خلال عقدين من الزمان ابتداءً من الستينيات وذلك مع ارتفاع معدلات الوفيات

من الأمراض المزمنة ومقاومة هذه المعدلات للانخفاض . وكان الرأى العام تجاه هذه المشكلات أن الاستثمارات فى الرعاية الطبية لم تؤد إلى رفع المستوى الصحى ، لذا يجب توجيه الجهود نحو تعزيز أنماط الحياة الصحية . لقد رأى مؤيدو تعزيز الصحة الأوائل (Brwslow 1972; Fuchs 1974; Knowles 1977; Lalonde 1975 ; Surgeon Gen- eral 1971) تطبيق بعض أفكارهم وتغيير بعض السياسات ، إلا أنه بصفة عامة فإن الطب ماكان ليستبدل كالأسلوب الوحيد لحل مشكلات هذا المجتمع الصحية ، وعلاوة على ذلك فإن الانخفاض السريع والهام فى معدلات الوفيات الذى بدأ فى أواخر الستينيات قد فسر فى أنحاء عديدة على أنه نجاح للرعاية الطبية . كما يشير ايفانز وستودارت (Evans and Stoddart 1990) إلى أن الطب اختار الكثير من هذا النشاط من خلال إدارة الخطورة الفردية ، ولهذا لم تكن الرعاية الطبية فعالة . كما يؤكدا علاوة على ذلك أن المشكلات الاجتماعية تسبب الصحة الرديئة ، وأنه لايمكن معالجة المشكلات الاجتماعية من خلال الرعاية الطبية ، وأن صانعى السياسات يقاومون اتخاذ أسلوب آخر عدا الرعاية الطبية .

أما إذا كان يفترض أن الرعاية الطبية هى الوسيلة لتحسين صحة السكان ، أى أنه لاشك فى فعاليتها لهذا الهدف ، وإذا كان التركيز هو على مستوى النظام فإن المقترحات لتحسين الرعاية الطبية يجب أن تستهدف المتغيرات على مستوى النظام . فعلى سبيل المثال فإن وينبرج (Wennberg) يجادل ، عاكسًا بذلك فكرة كان لها مولد سابق فى شكل التخطيط الصحى الشامل ، بأنه لايجب علينا أن نحاول إدارة الممارسة الطبية إدارة مصغرة من خلال الأطباء ، وذلك بتحديد أدلة الممارسة الطبية ، بل عوضًا عن ذلك يجب أن نحد من الموارد المستثمرة فى الرعاية الطبية وخاصة فى عدد أسرة المستشفيات وفى التقنية المكلفة (Wennberg 1990 b) ، إذ يزعم أنه بالحد من طاقة النظام الطبى بإمكاننا معالجة كل من ميل الطلب على الرعاية فى التوسع لمواجهة العرض ، وكذلك معالجة توجه الأطباء إلى تجريب أى شىء لمساعدة مرضاهم حتى لو لم يطلبوه منهم .

إلا أنه عندما يفشل كل من التركيز السكانى ، وتركيز النظام ، فى جذب انتباه صانعى السياسات ، رغم اهتمامهم بكل من فعالية الرعاية الطبية وتكلفتها ، يبرز الحل

الذى يركز على الممارسات السريرية للأطباء أنفسهم . وتتراوح المقترحات المطروحة من مقترحات متواضعة مثل : مبادرات تحسين نوعية الرعاية الطبية الوطنية الممولة بجزء من التأمين الطبى إلى تلك المتضمنة فى القانون الذى مول وكالة سياسات الرعاية الصحية وبحوثها ، أى أدلة الممارسة السريرية .

الأسلوب المتخذ لتحسين النوعية من خلال منظمات مراجعة المعايير المهنية التى نشأت فى السبعينيات هو الآن فى غمرة تصبيغه . فعلى سبيل المثال فإن طروحات هيئة القيادة الوطنية للرعاية الصحية (National Leadeship Commission on Health Care 1989) تجسد جهداً مركزاً على النوعية ، إذ إن بادرة الهيئة المقترحة لتوسيع قاعدة المعلومات الوطنية للنوعية ، يشجع تطوير أدلة الممارسة الطبية ونشرها من خلال المعلومات والحوافز ، حيث يتم تمويل هذا جميعاً بضريبة على رسوم التأمين الصحى يدفعها كل الموظفين وأرباب العمل . واقترح التشريع الذى أنشأ (AHCPR) آلية لتطوير ونشر أدلة الممارسة الطبية وذلك بتحديد الإجراءات الطبية التى يجب على جميع الأطباء استخدامها أو عدم استخدامها فى معالجة المرضى بأمراض محددة . وبصفة عامة فإن هذا الأسلوب ماهو إلا كتجسيد لما أصبح يعرف بتقدير النتائج وإدارتها (Ell wood 1988; Wennberg 1990 a, 1990 b) ، حيث يشير التقدير إلى بحوث الفعالية المركزة على النتائج ، وتدل الإدارة على تطوير ونشر وتطبيق أدلة الممارسة الطبية .

تقدير النتائج وإدارتها :

النظرية والمنهجية :

يبدو أن الأضواء سلطت على تعزيز النتائج وإدارتها ، وكذلك نالت حصة الأسد من التمويل من بين جميع البدائل والمقترحات فى الوقت الحاضر ، ويبدو كذلك أنها من القوة بحيث يعلنها رلمان (Relman 1988) بشير دخول عصر المسئولية ، وقد كان لقيادة وينبرج (Wennberg) فى تطوير هذا العلم الفضل فى رفع تقدير النتائج وإدارتها إلى مستوى السياسة العامة ، وإلى حد ما فإن العمل الذى بدأه وينبرج وزميله جيتلسوهن (Wennberg and Gittelsohn 1973) أثمر إنشاء وكالة بحوث الخدمات الصحية وسياساتها بجدول أعمالها المكرس لتقدير النتائج وإدارتها . وقد جعلت هذه الوكالة من

فعالية الرعاية الطبية هدفًا أساسيًا للسياسة العامة . لهذا السبب يتقصى ماتبقى من هذا الفصل فرضيات وتطبيقات وأمثلة لهذا الأسلوب الجديد الذى يتجسد الآن فى استثمار يقدر بـ (٥٠) مليون دولار سنويًا (Raskin and Maklan 1991) .

يدفع جهود التقدير والإدارة هذه فرضيتان وردتا بتفصيل فى مقالة لكاتبين من منسوبى (AHCPR) (Raskin and Maklan 1991, 164) هما : (١) ترتبط الاختلافات فى الممارسة السريرية بفروقات فى نتائج المرضى واستخدام الموارد . (٢) بالإمكان تغيير أنماط الممارسة الطبية غير المناسبة إذا تم نشر الدليل العلمى وثيق الصلة إلى مقدمى الرعاية والمرضى بفعالية . وعلاوة على ذلك فإن الفرضية لجميع هذه الجهود هى أن الرعاية الطبية تساهم جوهرياً فى تحسين صحة السكان .

أما **الفرضية الأولى** فهى حتمًا صحيحة بالنسبة للفروقات فى استخدام الموارد ، ولكن لم يتم إثباتها بعد بالنسبة للفروقات فى نتائج المرضى ، وتشكك عدة أمثلة عرضت فى جزء الدلائل من هذا الفصل فى صحة هذا الجزء الأخير من الفرضية . وقد وجد دوبوا وزملاؤه (Dubois et al 1987) و بارك وزملاؤه (Park et al 1990) فى أعمالهم ، القليل من العلاقة بين الاختلافات فى النوعية والفروقات فى النتائج ، التى وجدوا فيها شيئًا على الإطلاق ، وقد وجد وينبرج (Wennberg) فروقًا طفيفة فى النتائج فى عمله على تضخم البروستاتا الحميد على الرغم من التباين الكبير المتعلق بأسلوب «الانتظار تحت الملاحظة» مقابل الجراحة الفورية (Barry et al 1988) ، وفى مقارنته لبوسطن وينوهايفن لم يجد وينبرج فروقًا حقيقية فى النتائج رغم اختلاف الضعف فى استخدام الموارد .

أما **الفرضية الثانية** المتعلقة بإمكانية تغيير أنماط الممارسة الطبية من خلال نشر الدليل العلمى على النتائج المحتمله للعلاج ، فتناقش لاحقًا فى هذا الجزء ، ويكفى القول هنا إن صحتها أيضًا مشكوك فيها .

ومع ذلك فقد كوّنت هاتان الفرضيتان مع أعمال وينبرج (Wennberg et al 1988) الأساس لمشروعات فريق أبحاث نتائج المرضى التابع لوكالة بحوث الرعاية الصحية وسياستها ، وهذا الفريق هو نموذج الوكالة الساطع لتطبيق تقدير النتائج وإدارتها .

يتم إعداد كل فريق لتطبيق إجراءات تقدير النتائج على حالة طبية يمكن تحديدها وهذه الإجراءات هى كالتالى :

١- تقويم الدليل المنشور والرأى الحالى لتفهم اختلافات الرأى السائدة ولتحديد الفرضيات للدراسة الإضافية .

٢- استخدام قواعد بيانات التأمين الكبرى لتحديد تقديرات الاحتمال للنتائج المختلفة .

٣- دراسة النتائج المحتملة المستقبلية من خلال المقابلات مع المرضى ومقدمى الرعاية لهم لتقدير أعراض المرضى والحالة العملية لهم .

٤- تحليل القرار للحصول على تركيب منطقى للمعلومات لأهداف السياسات الصحية .

وتعتمد خطوات تقدير النتائج على المنهجيات الأساسية لبحوث الفعالية التى تم وصفها فى الأجزاء السابقة من هذا الفصل . أما تقويم الدليل المنشور فيتم باستخدام أدوات تركيب المعلومات وتحليل Meta ، فيما تدمج دراسات نتائج المرضى المحتملة مستقبلاً مقاييس نوعية الحياة المرتبطة بالصحة لتنتج تقويم المرضى لنتائجهم حيث توفر هذه التقويمات المعطيات المتطلبة لتحديد سنوات الحياة المضبطة للنوعية فى تحليل القرار الذى يستخدم بدوره النمذجة الإحصائية ، وكذلك بدمج احتمالات النتائج والمعطيات المستخلصة من الأجزاء السابقة للإجراء ، لينتج متوسط النتائج للمرضى النموذجيين . ويفترض من كل فريق أن يعمم نتائج الفعالية ، وأن يستخدم البحث التجريبى لتقويم فعالية هذا التعميم فى تغيير أنماط الممارسة ، وفى تحسين نتائج المرضى ، هذا إضافة إلى تنفيذ خطوات تقدير النتائج الآنفة . وقد مولت الوكالة من ١٩٨٩م إلى ١٩٩١م (١٢) مشروعاً لفرق أبحاث نتائج المرضى ، مدة كل منها خمس سنوات وبمعدل مليون دولار سنوياً بهدف تقصى الفعالية المتعلقة بالحالات المرضية التالية :

انسداد شرايين القلب الحاد ، وأمراض البروستاتا ، وآلام أسفل الظهر ، وإعتام عدسة العين ، والتهاب مفصل الركبة (استبدال الركبة كاملة) ، وأمراض الشرايين القلبية المزمنة ، ومرض السكر ، وأمراض المرارة ، والتهابات الرئة ، وكسور والتهاب مفاصل الحوض (استبدال الحوض الكامل) ، رعاية الولادة (رعاية المخاض والوضع) والسكتة الدماغية (Raskin and Maklan 1991) .

مثال :

يوفر عمل وينبرج على تضخم البروستاتا الحميد خلال العقد الماضى مثالاً متميزًا على تطبيق منهجيات تقدير النتائج لدراسة فعالية الرعاية الطبية ، علاوة على نشاطات النشر والتقويم فى تطوير الأسس لتحسين هذه الرعاية . وقد قام وينبرج وبنكر وبارنز (Wennberg; Bunker; and Barnes 1980) بالتقويم الأولى للدليل المنشور كجزء من مراجعة لعدد من الحالات الشائعة ، وقد وجدوا خلافًا حول معالجة تضخم البروستاتا الحميد بين «محبذى التدخل المبكر» الذين جادلوا لصالح جراحة البروستاتا فى بداية المرض و«المدرسة المحافظة» الذين أيدوا أسلوب علاجى يعتمد على «الانتظار والملاحظة» ، وقد أمضى وينبرج وزملاؤه العقد التالى فى التحقق عن هذا الخلاف ومحاولة فضه .

وقد استخدم وينبرج وزملاؤه (Wennberg et al 1987) قواعد بيانات التأمين الكبرى بما فى ذلك بيانات ميديكير الأمريكية وما يوازيها من قواعد البيانات الكندية لتحديد النتائج المحتملة وأنماط ارتباطها مع متغيرات البنية ، والإجراءات ، وقد حددت هذه الدراسات حجم المستشفى والعمليات الجراحية المفتوحة على أنها عوامل تكهنية للنتائج .

أجريت دراسة النتائج المستقبلية على عينة من حوالى (٣٠٠) مريض تم تقدير حالاتهم الصحية من حيث الأعراض وخطورة المرض ، والأهم من ذلك من حيث إدراكهم أو ردة فعلهم نحو هذه الأعراض (Fowler et al 1988) ، واتضح أن الأعراض والخطورة وحدهما لم يكونا كافيين لتحديد مدى تأثير هذه الحالات على نوعية حياة المرضى ، بل كان من الضرورى أيضًا تقدير وقع هذه الأعراض ، بالتحديد ، على كل مريض بحيث يكون اتخاذ قرار الجراحة أو «الانتظار مع المراقبة» ، شاملاً لرغبة المريض وخياره ، فيما يطيق ولا يطيق ، وهذا الخيار شخصى بحت ، وقد دعت هذه النتائج وينبرج وزملاءه (Wennberg et al 1987) إلى بذل جهود طائلة لتوفير المعلومات اللازمة ، وبالأشكال المناسبة للمرضى ، حتى يتمكنوا مع أطبائهم من اتخاذ قرار مدروس تجاه العمليات الجراحية وكيفية إجرائها .

ويتم إجراء جزئية تحليل من تقويم النتائج ، كما سبق ذكرها ، لتوفير التركيبة العقلانية للمعلومات المستقاة من المراحل السابقة من التقويم وتشمل طريقة وينبرج هذه لتحليل القرار بيانات احتمالات النتائج المستوحاة من مراجعة شاملة للدراسات المنشورة ، وتحليل لقواعد البيانات الكبرى ، وكذلك للمعلومات عن تأثير الأعراض على حكم المرضى وتقديرهم لنوعية حياتهم وجودتها .

وجد بارى وآخرون (Barry et al 1988) باستخدام مثال الرجل فى السبعين من عمره ولايشكو من مشاكل صحية أخرى الأساس لدراسة نتائج عمليات تضخم البروستاتا الحميد ، وباستخدام إجراء من النمذجة لما يعادل عشر سنوات من عمر الرجل ، أن الذين يشكون من تضخم حميد فى البروستاتا وأجروا عملية جراحية لها ، فور اكتشافها يخسرون (١,٠١) شهر صافٍ من متوقع الحياة . أى أنه بعكس القناعة الحالية القائلة أن الجراحة مباشرة تنقذ الحياة ، فبالنسبة للرجل العادى الذى لايشكو من مضاعفات أخرى ، فإن الانتظار المترقب – أى عدم إجراء الجراحة – على المدى الطويل ، أقل احتمالاً لتقصير الحياة من إجراء الجراحة ، إلا أنه عند أخذ نوعية الحياة بالاعتبار ، وذلك من خلال مفاضلة المرضى للعيش مع أعراض ومضاعفات محددة يتبين زيادة صافية بمقدار ثلاثة أشهر ، مضبطة لجودة الحياة ، للمرضى الذين أجروا العمليات الجراحية فور اكتشاف المرض ، وبعبارة أخرى فإنه عند الأخذ بالاعتبار تقييم المرضى للأعراض المرضية فإن إزالة هذه الأعراض بواسطة الجراحة الفورية ، يساوى زيادة حياة المريض بثلاثة أشهر .

تطوير أدلة الممارسة :

يعرض مثال تحليل وينبرج للانتظار المترقب ، مقابل الجراحة الفورية لتضخم البروستاتا الحميد ، تجسيداً لتقييم النتائج ، إلا أن إدارة الإجراءات والنتائج التى خرج بها فريق بحث نتائج المرضى (PORT) تستدعى امتداد هذه المعلومات لتطوير أدلة الممارسة الطبية ونشر هذه الأدلة وتقويم الجهود المبذولة نحو نشر هذه الأدلة ، لذا تكرس وكالة (AHCPR) جل جهودها لهذه النشاطات ، إذ إن مشروع القانون المبدئى الذى أقره الكونغرس يفرض على الوكالة نشر أول ثلاث مجموعات من أدلة الممارسة

بحلول يناير ١٩٩١م . واستطاعت موافاة هذا الموعد بإعداد مسودات لأدلة الممارسة لمرض سلس البول لدى البالغين ، والوقاية من التقرح ، وتدبر الآلام . وقد تمت مراجعتها وتنقيحها خلال عام ، ثم تمَّ نشرها فى صيغتها النهائية وبثها فى عام ١٩٩٢م . وخلال العام نفسه بدأت الوكالة بتمويل مشاريع بحوث البث بهدف تحديد أكثر السبل فعالية لتحقيق تبنى أدلة الممارسة التى طورتها .

ولكن ماهى أدلة الممارسة بالتحديد ، وماهى أهدافها وما مصادرها وكيف يتم تطويرها وكيف يتم بثها بفعالية وهل لها أى تأثير ؟ .

إن مايسميه المجمع الطبى أدلة الممارسة ، وماتسميه وكالة (AHCPR) الأدلة الإكلينيكية قد تمت الإشارة إليها بمسميات مختلفة منها «معايير الممارسة» (Brook 1989) ، و «أدلة الممارسة الإكلينيكية» (Geehr and Salluzo 1990) ، و «سياسات الممارسة» (Eddy 1990 a, 877) ، و «أدلة بيان الإجماع» (Hill, Levine and Whelton 1988) ، إضافة إلى ذلك فإن الجمعية الطبية الأمريكية (AMA) تعرفها بمسمى «حدود الممارسة» ، كما تسميها جمعية الأطباء الأمريكية «أدلة الضرورة» ، فيما تسميها الهيئة المشتركة لاعتماد منظمات الرعاية الصحية (JCAHO) «المؤشرات الإكلينيكية» .

المقصود باستخدام مثل هذه المعايير هو التوجيه ، والتأثير على القرارات التشخيصية والإجرائية ، وكذلك قرارات العلاج التى يتخذها الطبيب تجاه البدائل العلاجية الأنسب وأقلها تكلفة . وفى الواقع فقد صممت حسب وصف وينبرج (wennberg 1990) لإدارة الرعاية الطبية إدارة دقيقة على مستوى مواجهة إكلينيكية محددة بين طبيب ومريض ، مع أن أدلة الممارسة أصبحت سياسة فدرالية بعد إقرار القانون رقم (PL 101 - 239) فى عام ١٩٨٩م ، إلا أنها ليست جديدة ، وكذلك ليست امتيازاً مقصوراً على الحكومة الفدرالية . لقد قامت شركات التأمين الخاصة وجمعيات التخصصات الطبية ، ومنظمات الرعاية الصحية التطوعية ، إضافة إلى مؤسسات حكومية ، بتطوير واستخدام أدلة الممارسة ولا زالت . ومن المؤسسات الفدرالية التى تنتج أدلة الممارسة بالإضافة إلى وكالة (AHCPR) مركز السيطرة على الأمراض (CDC) ، وجمعية السرطان الوطنية (NCA) ، وإدارة تمويل الرعاية الصحية (HCFA) ،

وهيئة مراجعة مدفوعات الأطباء (PPRC) ، وكذلك تصدر الشركات الخاصة أدلة ممارسة مماثلة منها شركة الصليب الأزرق ، وشركة الدرع الأزرق ، إضافة إلى شركات التأمين الخاصة الأخرى .

هذا وربما لاعتقادها أن أفضل دفاع هو هجوم قوى فقد أخذت جمعيات التخصصات الطبية المختلفة مثل جمعية الأطباء الأمريكية ، والجمعية الأمريكية لأمراض القلب ، والجمعية الأمريكية لأطباء الولادة والنساء بتطوير أدلة ممارستها طوعيًا ، كما اتخذت الاتحادات الصحية التطوعية موقفًا مماثلاً ومنها الاتحاد الأمريكى للمستشفيات ، والاتحاد الطبى الأمريكى ، والهيئة المشتركة لاعتماد منظمات الرعاية الصحية . إضافة إلى ذلك فإن جمعية الطب وهى منظمة بحثية شبه حكومية قد أنتجت أدلة ممارسة فى مجالات عدة .

لقد استخدمت كل المصادر آنفة الذكر فى وسائل مختلفة إلا أن إدى (Eddy 1990b, 1265) يصف إجراء إعداد الأدلة بصفة عامة كالتالى :

- تحديد النتائج الصحية الهامة .
- تحليل الدلائل لآثار الممارسة على هذه النتائج .
- تقدير مدى النتائج (المنافع والأضرار) .
- مقارنة المنافع والأضرار .
- تقدير التكلفة .
- مقارنة النتائج (الصحة مع التكلفة) .
- مقارنة بدائل الممارسة لتحديد أولوياتها .

وباستخدام مثل هذا الإجراء تم تطوير وإعداد وإصدار أدلة الممارسة لعدد من الحالات بما فيها تقرير الإجماع للهيئة الوطنية لضغط الدم المرتفع ، والمؤتمر الوطنى لتطوير الإجماع على العمليات القيصرية ، وكذلك أدلة الاتحاد الأمريكى للقلب ، للوقاية من الالتهاب الجرثومى للغشاء الداخلى للقلب ، ويعرض الجدول (١-٣) مثالاً على أدلة الممارسة .

تقويم أدلة الممارسة :

هل أدلة الممارسة فعالة فى تغيير قرارات الممارسة للأطباء ؟

لايوجد إلا كم متواضع من البحوث على أدلة الممارسة وفعاليتها ، وعلى محددات فعاليتها ، إذ إن من الفرضيات العاملة الآن أنه ما أن يتم تطوير أدلة الممارسة فإن مجرد بثها سوف يؤدى إلى تغيير سلوك الأطباء العملية ، وتشير عدة دراسات إلى أن مجرد بث أدلة الممارسة لاتأثير له على قرارات الممارسة . وتبين إحدى هذه الدراسات (Hill, Leivine, and Whelton 1988) ، أنه رغم توافر تقرير الإجماع من الهيئة الوطنية المشتركة على ارتفاع ضغط الدم والمعرفة والإدراك به ، إلا أن الاستعمال الفعلى والممارسة الطبية لم تتغير ، كما تشير إلى ذلك استبانات «قبل وبعد» المتعلقة بسلوك الممارسة ، كما أعلنت نتائج مماثلة لأدلة بيانات الإجماع الأخرى (Brook 1980, Gleicher 1984) ووجد لوماس وآخرون (Lomas et al 1989) أن معرفة الأطباء واتجاهاتهم وسلوكياتهم تجاه بيان إجماع كندى ، على معدلات العمليات القيصرية والحاجة إلى خفضها كانت جميعًا إيجابية . إلا أن معدلات العمليات القيصرية المقيّمة «قبل وبعد» نشر وتوزيع البيان ، كانت أعلى بخمسين بالمئة من المعدلات المعلنة ويمثل ذلك اختلافًا بسيطًا عن نزعة الارتفاع السابقة .

جدول (٣/١) : مثال على أدلة الممارسة : معايير المراجعة لقياسات ضغط الدم الأولية :

المدى مم زئبق	المراجعة المقترحة
الضغط الانبساطى	
٨٥ مم ⁄	أعد القياس بعد سنتين
٨٥ – ٨٩	أعد القياس بعد سنة
٩٠ – ١٠٤	أعد القياس خلال شهرين
١٠٥ – ١١٤	التقييم أو الإحالة إلى مصدر للرعاية خلال أسبوعين
١١٥ ⁄	التقييم أو الإحالة إلى مصدر للرعاية فورًا
الضغط الانقباضى فى حال كون الانبساطى أقل من ٩٠	
١٤٠ ⁄	أعد القياس بعد سنتين
١٤٠ – ١٩٠	أعد القياس بعد شهرين
٢٠٠ ⁄	التقييم أو الإحالة إلى مصدر للرعاية خلال أسبوعين

يشكل برنامج تطوير الإجماع الخاص بالمؤسسة الصحية الوطنية (NIH) جهداً منتظماً تجاه أدلة الممارسة ، إذ من خلال هذا البرنامج تجمع المؤسسة عدداً كبيراً من الخبراء لتطوير أدلة ممارسة للأطباء ، ثم تقوم ببث توصياتها من خلال سبل متعددة . وقد تقصت كوسكوف وزملاؤها (Kosecoff- et al 1987) فعالية هذا الإجراء لاثنتى عشرة من توصيات الإجماع ، ولم يجدوا تأثيراً لأى منها مع أن الأطباء كانوا على علم بها جميعًا ، والأهم من هذا أن الباحثين لاحظوا أن سلوك الأطباء تجاه العديد من الأدلة كان يتغير حتى قبل بث بيانات الإجماع .

لايبدو أن بث ونشر أدلة بيانات الإجماع وحده يغير السلوك كثيراً ، فقد دعى بروك (Brook) إلى ربط أدلة الممارسة بحوافز مالية ، إلا أن وينبرج (Wennberg) يحبذ استخدام التغذية المرتدة للمعلومات عن الاختلافات فى الممارسة والنتائج كوسيلة لحث الأطباء أنفسهم للمساهمة فى إجراء لتطوير الأدلة ، ويبدو هنا أن التأثير سوف يكون أكبر شريطة أن يشتمل مثل هذا البث على جهود منتظمة للمنظومات بهدف التغيير .

استخدم وينبرج (wennberg 1984) أسلوب توفير المعلومات عن الاختلافات فى معدلات الإجراءات الجراحية للأطباء فى كل من ولاية فرمونت ومابن وآيوا ، حيث عكف قادة المجتمع الطبى على هذه المعلومات والبيانات وقادوا زملاءهم فى عملية الإعادة إلى تقويم أساليبهم فى العلاج الجراحى حيث تمت مراجعة شاملة للبحوث ذات الأهمية ، وفى إحدى الحالات نشرت مجلة الولاية الطبية النتائج . وقد أثبتت هذه الجهود نجاحها فى تخفيض معدلات استئصال اللوزتين إلى عشرة بالمئة من مستواها السابق ، ويشير وينبرج إلى نجاح مماثل لجهود مماثلة فى الولايات الأخرى .

يبدو أن التغذية المرتدة للمعلومات ، عندما يتبعها مثل إجراء التغيير المنتظم هذا ، الذى يشمل المجموعات المهنية ذات العلاقة ، تغير أنماط ممارسة الأطباء ، ودفع هذا البرهان وينبرج (Wennberg 1990 a. 1204) إلى طرح السؤال التالى وكذلك الإجابة عليه : «هل الضغوط التى تضيفها الرعاية المدبرة وكذلك أدلة الممارسة ، على علاقة الطبيب بالمريض ، التأثير الكافى على أعداد الأطباء ، للوصول إلى إعادة توزيعهم المطلوبة فى مناطق الرعاية مقابل الرسوم ؟»

«كل ماتعلمته عن العلاقات الخاصة بين النظريات الطبية وكمية الموارد وأنماط ممارسة الأطباء فى مناطق الرعاية مقابل الرسوم ينذر بعدم إمكانية إعادة توزيع أعداد الأطباء» .

يشير وينبرج فى هذه العبارة إلى أن إدارة الرعاية الطبية من خلال أدلة الممارسة لن تؤدى إلى خفض عدد الأطباء أو أعداد أسرة المستشفيات ولا إلى خفض أعداد الأجهزة الطبية المكلِّفة . ويضيف وينبرج إلى أننا لن نصل إلى التخفيض اللازم فى تكاليف الرعاية الطبية إلا من خلال قرارات واعية وعلى مستوى النظام لإعادة توزيع مصاريف الرعاية الطبية إلى الموارد المناسبة فقط .

يناقش هذا الفصل عن الفعالية عدداً من الأسئلة . فى الإجابة على **السؤال الأول** المتعلق بإسهامات الرعاية الطبية نحو صحة السكان فلدينا كم كبير من الدلائل التى تشير إلى أن الرعاية تساهم فعلاً فى رفع المستوى الصحى للسكان ، إلا أن هذه المساهمة متواضعة . وفى الإجابة على **السؤال الثانى** فيما إذا كان بالإمكان تحسين فعالية الرعاية الطبية ، الإكلينيكية ، فلدينا الدليل الواضح على التفاوت الكبير فى الممارسة الطبية والذى يمكن تفسيره ، وحتى الآن لاتوجد علاقة واضحة لارتباط هذا التفاوت بالنتائج الصحية . كما لدينا بعض الدلائل على إمكانية تحسين فعالية الرعاية الطبية .

من خيارات السياسة الصحية المختلفة لتحسين الفعالية بما فيها تعزيز الصحة (Milio 1983) ، والتخطيط الصحى (Wennberg 1990 b) ، وتقويم وإدارة النتائج (Elwood 1988; National Leadership Commission on health Care 1989; Wennberg 1990 a, 1990 b) ، وقد أصبح تقويم وإدارة النتائج المحور الأساسى للسياسات الفدرالية عن الفعالية ، كما ينعكس ذلك فى جدول أعمال البحوث والسياسات لوكالة سياسة وبحوث الرعاية الصحية ، إلا أن الدلائل بهذا الصدد لاتدعمه جميعها مما قد يدعو إلى طرح سؤالين إضافيين . **أولاً** : كيف أصبحت مثل هذه النشاطات سياسة فيدرالية مع عدم وجود البراهين التى تدعمها ؟ . **وثانياً** : إذا ثبت مع مرور الوقت أن إستراتيجية تقويم وإدارة النتائج هذه هى ذات منفعة محدودة فى تحسين فعالية الرعاية الطبية فالسؤال المتبقى آنذاك هو ماذا يمكن عمله لتحسين صحة السكان ؟ فى وقت ما فى المستقبل قد نحول اهتمامنا إلى أسلوب أوسع لرفع المستوى الصحى للأمة .

المراجع :

- Barry, M., A. Mulley, F. Fowler, and J. Wennberg. 1988. "Watchful Waiting vs. Immediate Transurethral Resection for Symptomatic Prostatism: The Importance of Patients Preferences." Journal of the American Medical Association 259: 3010 - 17.
- Blumberg, M. 1987. "Inter-area Variations in Age-adjusted Health Status." Medical Care 25: 340 - 53.
- Bonita, R., and R. Beaglehole. 1989. "Increased Treatment of Hypertension Does Not Explain the Decline in Stroke Mortality in the United States, 1970 - 1980." Hypertension 13 (5 Supp): 169 - 73.
- Breslow, L. 1972. "A Quantitative Approach to the World Health Organization Definition of Health: Physical, Mental and Social Well-being." International Journal of Epidemiology 1: 345 - 55.
- Brook, R. 1989. "Practice Guidelines and Practicing Medicine. Are They Compatible?" Journal of the American Medical Association 262: 3027 - 30.
- ___ 1991. "Health, Health Insurance, and the Uninsured." Journal of the American Medical Association 265: 2998 - 3002.
- Brook, R., J. Ware, W. Rogers, E. Keeler, A. Davies, C. Donald, G. Goldberg, K. Lohr, P. Masthay, and J. Newhouse. 1983. "Dose Free Care Improve Adults Health? Results From a Randomized Controhhed Trial." New England Journal of Medicine 309: 1426 - 34, 1453.
- Brooks, S. 1980. "Survey of Compliance With American Heart Association Guidelines for Prevention of Bacterial Endocarditis." Journal of the American Dental Assoication 101: 41 - 43.
- Charlton, J., and R. Velez. 1986. "Some International Comparisons of Mortality Amenable to Medical Intervention." British Medical Journal 292: 295 - 301.
- Chassin, M., R. Brook, and R. Park. 1986. "Variations in the Use of Medical and Surgical Services by the Medicare Population." New England Journal of Medicine 314: 285 - 90.
- Cochrane, A. L., A. S. St. Leger, and F. Moore. 1978. "Health Service Input and Mortality Output in Developed Countries." Journal of Epidemiology and Community Health 32: 200 - 205.
- Dubois, R., W. Rogers, J. Moxley D. Draper, and R. Brook. 1987. "Hospital Inpatient Mortality: Is It a Predictor of Quality?" New England Journal of Medicine 317: 1674 - 80.
- Eddy, D. 1990a. "Practice Policies - What Are They?' Journal of the American Medical Association 263: 877 - 80.
- ___ 1990 b. "Practice Policies: Where Do They Come From?" Journal of the American Medical Association 263: 1265 - 75.
- Ellwood, P. 1988. "Shattuck Lecture - Outcomes Management: A Technology of Patient Experience." New England Journal of Medicine 318: 1549 - 56.

- Evans R., and G. Stoddart. 1990. "Producing Health, Consuming Health Care." Social Science and Medicine 31: 1347 - 63.

- Fowler, F., J. Wennberg, R. Timothy, M. Barry, A. Mulley, and D. Hanley. 1988. "Symptom Status and Quality of Life Following Prostatectomy." Journal of the American Medical Association 259: 3018 - 22.

- Fuchs, V. 1974. Who Shall Live? New York: Basic Books.

- Geehr, E., R. Salluzzo. 1990. "Clinical Practice Guidelines: Promise Illusion?" Physician Executive 17 (4): 13 - 16.

- Gleieher, N. 1984. "Cesarian Section Rates in the United States: The Short-teem Failure of the National Consensus Development Conference in 1980." Journal of the American Medieal Assiciation 252: 3273 - 76.

- Gordis, L. 1973. Effectiveness of Comprehensive- Care Programs in Preventing Rheumatic Fever. "New England Journal of Medicine 289: 331 - 35.

- HDFP. 1979. "Five-year Findings of the Hypertension Detection and Follow-up Program. I Reduction in Mortality of Persons with High Blood Pressure, Inluding Mild Hypertension." Journal of the American Medical Association 242: 2562 - 71.

- Hill, M., D. Levine, and P. Whelton. 1988. "Awareness Use, and Impact of the 1984 Joint National Commitee Consensus Report on High Blood Pressure." American Journal of Public Health 78: 1190 - 94.

- Hollingsworth, J. R. 1981. "Inequality in Levels of Health in England and Wales, 1981 - 1971." Journal of Health and Social Behavior 22: 268 - 83.

- Joint National Committee on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure. 1989. The 1988 Report of Joint National Committee on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure National High Blood Pressure Evaluation Program, National Heart, Lung, and Blood Institute. NIH No. 89 - 1088. Bethesda, MD: National Institutes of Health.

- Knowles, J. 1977. "Doing Better and Feeling Worse: Health in the United States." Daedalus 106 (1): 1 - 278.

- Kosecoff, J., D. Kanouse, W. Rogers, et al. 1987. "Effects of the National Institutes of Health Consensus Development Program on Physician Practice." Journal of the American Medical Association 258: 2708 - 13.

- Lalonde, M. 1975. A New Perspective on the Health of Canadians. Ottawa: Information Canada.

- Lomas, J., G. Anderson, K. Domnick- Pierre, E. Vayda, M. Enkin, and W. Hannah 1989. "Do Practice Guidelines Guide Practice? The Effect of a Consensus Statement on the Practice of Physicians." Nwe England Journal of Medicine 321: 1306 - 11.

- Luft, H., J. Bunker, and A. Enthoven. 1979. "Should Operations be Regionalized? The Empirical Relation Between Surgical Volume and Mortality." New England Journal of Medicine 301: 1364 - 69.

- Martini, C., G. J. B. Allan, J. Davison, and E. M. Backeet. 1977. "Health Indexes Sensitive to Medical Care Variation." Internationnal Journal of Health Services 7: 293 - 309.

- Mckinlay, J., and S. Mckinlay. 1977. "The Questionable Contribution of Medical Measures to the Decline of Mortality in the United States in the Twentieth Century." Milbank Memorial Fund Quarterly 55: 405 - 28.

- Milio, N. 1983. Primary Care and the Public's Health. Lexington, MA: Lexington Books.

- National Leadership Commission on Health Care 1989. For the Health of a Nation: A Shared Responsibility. Report of the National Leadership Commission on Health Care. Ann Arbor: Health Adminsitration Press.

- Newhouse, J., and L. Friedlander. 1979. "The Relationship between Medical Resources and Measures of Health: Some additional Evidence." Journal of Human Resources 15: 201 - 18.

- Office of Thchnology Assessment. 1988. The Quality of Medical Care: Information for Consumers. Washington, DC: U.S. Government Printing Office.

- Prak, R., R. Brook, J. Kosecoff, J. Keesey, L. Rubenstein, E. Keeler, k. Kahn, w. Rogers, and M. Chassin. 1990. "Explaining Variations in Hospital Death Rates: Randomness, Severity of Illness, Quality of Care." Journal of the American Medical Assocition 264: 484 - 90.

- Raskin, I. E., and C. W. Maklan. 1991. "Medical Treatment Effeciveness Research: A View from Inside the Agency for Health Care Policy and Rescarch." Evaluation and the Health Professions 14: 161 - 86.

- Relman, A. 1988. "Assessment and Accountability: The Third Revolution in Medical Care." New England Journal of Medicine 319: 1220 - 22.

- Stewart, A., S. Greenfield, R. Hays, K. Wells, W. Rogers, S. Berry, E. McGlynn, and J. Ware 1989. "Functional Status and Well-being of Patients With Chronic Conditions: Results from the Medical Outcomes Study." Journal of the American Medical Association 262: 907 - 13.

- Surgeon General. 1979. Healthy People-The Surgeon General's Report on Health Promotion and Disease Prevention. Washington, DC: U.S. Government Printing Office.

- Tarlov, A., J. Ware, Greenfield et al. 1989. "The Medical Outcomes Study: An Application of Methods for Monitoring the Results of Medical Care." Journal of the American Medical Association 262: 925 - 30.

- VA Cooperative Study Group 1970. "Effects of Treatment on Morbidity in Hypertension. II Results in Patients with Diastolic Blood Pressure Averging 90 through 114 mm Hg." Journal of the American Medical Association 213: 1134 - 52.

- Valdez., R. B., R. Brook, W. Rogers, et al. 1985. "Consequences of Cost-Sharing for Children's Health." Pediatrics 75: 952 - 61.

- Wennberg, J. 1984. "Dealing Wiht Medical Practice Variations: A Proposal for Action." Health Affairs 3 (March): 6 - 32.

- ___ 1987. "Population Illness Rates Do Not Explain Population Hospitalization Rates- A Comment on Mark Blumberg's Thesis that Morbidity Adjusters Are Needed to Interpret Small Area Variations." Medical Care 25: 354 - 59.

- ___ 1990a. "Outcomes Research, Cost Containment, and the Fear of Health Care Rationing." New England Journal of Medicine 323: 1202 - 4.

- ___ 1990b. "Small Area Analysis and the Medical Care Outcome Problem." In Research Methodology: Strengthening Causal Interpretations of Nonexperimental Data, edited by L. Sechrest, B. Starfield, and J. Bunker. Rocville, MD: Agency for Health Care Policy and Research.

- Wennberg, J., J. Bunker, and B. Barnes. 1980. "The Need for Assessing the Outcome of Common Medical Practices." Annual Review of Public Health 1: 277 - 95.

- Wennberg, J., J. Freeman, R. Shelton, and T. Bubolz. 1989. "Hospital Use and Mortality Among Medicare Beneficiaries in Boston and New Haven." New England Journal of Medicine 321: 1168 - 73.

- Wennberg, J., and A. Gittelsohn. 1973. "Small Area Variations in Health Care Delivery." Science 182: 1102 - 8.

- Wennberg, J., A. Mulley, D. Hanley, R. Timothy, F. Fowler, N. Roos, M. Barry, K. McPherson, E. R. Greenber, D. Soule, T. Bubolz, E. Fisher, and D. Malenka. 1988. "An Assessment of Prostatectomy for Benign Urinary Tract Obstruction: Geographic Variationns and the Evalution of Medical Care Outcomes." Journal of the American Medical Assocition 259: 3027 - 30.

- Wennberg, J., N. Roos, L. Sola, A. Schorri, and R. Jaffe. 1987. "Use of Claims Data Systems to Evaluate Health Care Outcomes." Journal of the American Medical Association 257: 933 - 36.

الفصل الرابع
الكفاءة : مفاهيم ومنهجيات

الأسئلة الجوهرية في أساسيات كفاءة الرعاية الطبية هي : ماهي التركيبة من السلع والخدمات الطبية التي يمكن إنتاجها بموارد المجتمع المحدودة ؟ وكيف يتم إنتاجها ؟ وهل نحصل على القيمة القصوى من حيث خير المستهلك ؟ أما القضايا التابعة لذلك فهي : ماهي الآلية الأساسية المتوفرة لاتخاذ هذه القرارات ؟ وماهو الأسلوب الذي يؤدي إلى أفضل أداء لمجتمع ما ؟

تخصص جميع المجتمعات المتقدمة جزءًا كبيرًا من ثروتها لتقديم خدمات الرعاية الصحية لدرجة بلغت الإشارة إلى هذا النمو في مصروفات الرعاية الصحية في هذه البلدان على أنه أزمة مالية ، ولذا ركزت الجهود على احتواء ارتفاع التكلفة . وتقود الولايات المتحدة العالم في كل من مستوى مصروفات الرعاية الطبية وكذلك نمو مستوى مصروفات الرعاية الصحية إضافة الى الجهود المبذولة لدراسة مشكلات الوصول إلى الرعاية الصحية وجودتها وتكلفتها . ففي عام (١٩٦٠م) تم صرف (٥,٣ ٪) من الناتج القومي للولايات المتحدة على الرعاية الصحية ، وارتفع إلى (١٢,٢٪) في عام (١٩٩٠م) ، ويقدر أن يصل إلى (١٥٪) في عام (٢٠٠٠م) (Levit et al 1991, Office of National cost Estimates 1990) . ويشير الازدياد الهائل في سعر وتكلفة نظام الرعاية الصحية ، وهو الدليل على إمكانية قصور الكفاءة في الكثير من الإجراءات الطبية ، وكذلك تجدد الاهتمام بمحددات الصحة الأخرى عدا الرعاية الصحية ، إلى أن تحصيص الموارد الحالي للرعاية الطبية يفتقر إلى الكفاءة . والقضية الأخرى ذات علاقة أيضًا هي الدرجة التي يتم بها إنتاج خدمات الرعاية الطبية بتكلفة أعلى من أدنى تكلفة ممكنة ، مع الأخذ في الاعتبار التقنية الحالية .

هل يتم تنظيم وإدارة الموارد بحيث يتسنى تخفيض تكلفة إنتاج الخدمات إلى الحد الأدنى ؟ وهل يدفع للموظفين والمؤن والمعدات بمعدلات تمثل تكلفتها جميعًا فيما لو استخدمت المدفوعات في استخدام بديل ؟ وهكذا فأسئلة مثل كم يصرف على الرعاية الصحية ؟ وماهي خدمات الرعاية الصحية التي يجب توفيرها ؟ وكيف يتم توفير هذه الخدمات ؟ قد أصبحت قضايا هامة في السياسات الصحية .

وبسبب طبيعة الصحة والرعاية الصحية ، ووضع الرعاية الصحية حيث يعتقد الكثير بوجوب توفرها بغض النظر عن قدرة الشخص على الدفع ، وتعدى تكاليف الرعاية الصحية على الميزانيات العامة ، لايمكن ترك الحل لعمليات السوق الخاص ، فهنالك بحث دؤوب لتفهم أفضل ، لهذه المشكلات وكيفية عمل «النظام» ، ولإيجاد سياسات لتحسين إمكانية الوصول إلى الرعاية الطبية ، وجودتها وتخفيض تكلفتها .

إن كلاً من الفعالية والإنصاف فى نظام الرعاية الصحية الأمريكى بصفة إجمالية تقارن سلبيًا مع كندا والكثير من بلاد أوربا الغربية . فقد فحص المحللون فى الولايات المتحدة الأمريكية هذه البلاد للحصول على نقاط مرجعية لمشكلات النظام الأمريكى ، وكذلك لتدبر حلول ممكنة لها . فعلى الرغم من انخفاض مصروفاتها نسبيًا والتغطية الشاملة التى تقدمها فإن هذه البلاد الأوربية تدرك المشكلات العسيرة التى تواجه نظمها الصحية : ولذا تتطلع إلى الولايات المتحدة لنظم مبدعة فى تقديم وتمويل الرعاية الصحية ، وخاصة لقاعدة بحوث الخدمات الصحية الواسعة لديها ، فى فعالية وكفاءة خدمات ونظم الرعاية الطبية البديلة وكذلك الإنصاف فى توزيع هذه الخدمات ، بسبب القلق نحو ميزانيات المدفوعات الخاصة والعامة للرعاية الصحية ، السابقة منها والمتوقعة مستقبلاً ، فقد ركز حوار السياسة الصحية على احتواء التكاليف ، بدلاً من الحصول على أعظم قيمة للموارد المتاحة ، إذ إنه يتم عادة احتواء التكاليف بإلغاء الصرف أولاً ، على الخدمات المضرة بالوضع الصحى للمريض ، أو تلك التى لاتؤثر عليه ، ثم إذا دعت الحاجة إلى تخفيضات إضافية يتم ترتيب الخدمات وتمويلها وفق مستوى إنتاجيتها فى تحسين المستوى الصحى . ففى حين جاهدت ولاية أو ريغون لتطبيق نظام لتخصيص الرعاية الطبية ، لم يجد صانعو السياسة الصحية ميكانيكية مرضية لاتخاذ مثل هذه القرارات الصعبة تقنيًا وأخلاقيًا (Eddy 1991 Hadorn 1991) .

لقد وثَّق المحللون ارتفاع التكاليف ومايتعلق بها من عدم كفاءة نظام الرعاية الطبية الأمريكى منذ عهد لجنة تكاليف الرعاية الطبية (Falk. Rorem and King 1933) . ومن العوامل المساهمة فى ارتفاع التكاليف ارتفاع عمر المجموعة السكانية ، والتطور السريع فى التقنية الطبية ، ونمو أعداد شركات التأمين ، وارتفاع تكلفة العلاج الطبى الدفاعى ، لتفادى القضايا القانونية فى حال القصور فى أداء المهنة ، والتضخم فى

الأسعار العامة والطبية على حد السواء (Aaron 1991) . ومما يفاقم هذه المشكلات ، نظام المدفوعات المتجزئ والمتفكك الذى يتكون من أكثر من ألف وخمسمائة شركة تأمين خاص ، الأمر الذى يجعل السيطرة على النظام من خلال إجراءات تنظيمية فى غاية الصعوبة .

بدأت فى الستينيات جهود عديدة حكومية ومن القطاع الخاص لكبح ارتفاع تكاليف الرعاية الطبية والوصول إلى توزيع منطقى وعادل لها ، منها التخطيط الصحى ، ومراجعة الاستعمال وضبط الأسعار وتحديد المعدلات ورفع المصاريف الإضافية التى يتحملها المريض ، وكذلك المنافسة من نظم تقديم الرعاية البديلة ، وعلى الرغم من بعض النجاحات المحلية (مثل هاواى وورتشستر نيويورك) لم تنجح هذه الجهود على المستوى الإقليمى أو الوطنى (Davis et al 1990, Moon and Holahan 1992; General Accountig Office 1991) .

تشكل قضية مدفوعات الأطباء مثالاً على مشكلات عدم الكفاءة المتاصلة فى نظام الرعاية الطبية الأمريكى ، وقد انصب عليها كل من الباحثين وصانعى السياسات فى السنوات الماضية ، من خلال إصلاح جديد جذرى لمدفوعات الأطباء ، تبدأ تدريجيا لبرنامج مديكير فى عام ١٩٩٢م . ويتم فى الفصل الخامس شرح الارتباط بين نظام المدفوعات وقضية الكفاءة ، إضافة إلى الحل الذى تقترحة الحكومة ، وهو تدرج القيمة النسبية المبنى على الموارد (RBRVS) (Resource Based Relative Value Scales) . أما الفصل الرابع فيحدد مفاهيم الكفاءة ويصف الإستراتيجيات التنظيمية وإستراتيجيات السوق ، التى نفذتها عدة دول مختلفة لتحقيق الكفاءة ، ويفحص المنهجيات المستخدمة لتقرير مدى تحقيقها .

الإطار المفاهيمى والتعريفات :

الكفاءة :

تتطلب الكفاءة منا كمجتمع بالكامل أن ننتج المجموعة من السلع والخدمات ذات أعلى قيمة يمكن تحقيقها ، مع اعتبار تقنياتنا ومواردنا المحدودة (Byrns and Stone 1987) ويتطلب هذا ، تحقيق الكفاءة التحصيصية والكفاءة الإنتاجية ، حيث تعتمد

الكفاءة التحصيصية على تحقيق المزيج الصحيح (أكثره قيمة) من المخرجات (Davis et al 1990) . أما الكفاءة الإنتاجية فهى إنتاج مستوى معين من المخرجات بأقل تكلفة ، وقد يحدث عدم الكفاءة التحصيصية حتى فى النظام الصحى ذى الكفاءة الإنتاجية العالية أى أنه النظام الذى ينتج كل خدمة بأقل تكلفة ممكنة إلا أنه ينتج خدمات ما أكثر أو أقل من احتياجات ورغبات المجتمع ، وتظهر مشكلات الكفاءة التحصيصية فى الرعاية الصحية عند تحصيص موارد طائلة لعلاجات ذات فعالية مشكوكة وإهمال الخدمات الوقائية قبل الولادة والفحوصات الشاملة التى أثبتت نجاحها ، وبسياق أوسع بإمكان المجتمع أن يحقق قيمة أعلى وصحة أفضل بتحويل بعض الموارد فى الرعاية الطبية إلى التثقيف والتدريب العملى وتطوير المجتمع . وتظهر مشكلات الكفاءة الإنتاجية عندما تتم إدارة الرعاية بطريقة لاتزيد الإنتاجية الكامنة إلى الحد الأقصى ، كأن يقوم الأطباء على سبيل المثال بتقديم الخدمات التى يمكن أن يؤديها الممرضون أو غيرهم من الموظفين الطبيين الذين هم أقل تكلفة من الأطباء ، وكذلك عندما لاتستفيد الممارسات من اقتصاديات المجموع مثل إنتاج الخدمات المخبرية .

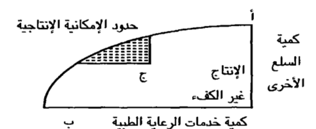
سيتم فحص مفاهيم الكفاءة هذه على مستوى الممارسين المنفردين والمستشفيات وكذلك على مستوى النظام الصحى الوطنى .

يصور الشكل (١-٤) مجموعة من مزيج السلع والخدمات التى يمكن إنتاجها بموارد المجتمع خلال فترة معينة . ويمثل المنحنى (أ ، ب) فى الشكل حدود الإمكانية الإنتاجية ، وتمثل النقاط على هذا المنحنى أقصى ناتج ممكن مع التقنية الحالية وأكثر أساليب الإنتاج كفاءة . إذا كان الإنتاج الفعلى داخل المنحنى كما فى النقطة (ج) فإن الكفاءة الإنتاجية لم تحرز نتيجة ، وداخل المنطقة المظللة بإمكان التحسينات فى الكفاءة الإنتاجية أن تزيد من إنتاج الرعاية الصحية بدون أن تقلل الناتج فى السلع والخدمات الأخرى والعكس صحيح . ولكن ما أن نصل الى حدود الإمكانية الإنتاجية فإن الزيادة فى إنتاج سلعة مايكون على حساب سلعة أخرى ؛ لذا يجب اتخاذ قرارات التحصيص على ضوء هذا التقايض بين الرعاية الطبية والسلع والخدمات الأخرى .

وكل ماتمثله حدود الإمكانية الإنتاجية أن بدائل متعددة من المزيج ممكنة ، إلا أنها لاتحدد المزيج بالكفاءة التحصيصية . إن توزيع أو تحصيص الموارد إجراء ديناميكى

معقد يعتمد على مزيج من الخيار الشخصى والضرائب الحكومية وقرارات الإنفاق ، ومع نمو الاقتصاد والقاعدة التقنية تتوسع الحدود باستمرار ، متخذة التقنية كمركز الاهتمام ، وبهذا يكون صالح المجتمع عرضة لقرارات عن تحصيص الموارد للتقنية والرعاية الطبية والسلع والخدمات الأخرى .

الشكل (١-٤) : حدود الإمكانية الإنتاجية .



كما سنرى فى الفصل الخامس ، بالإمكان توثيق أمثلة عن إساءة التحصيص ، والإنتاج عديم الكفاءة فى الرعاية الصحية ، إلا أن تحصيص الموارد الأمثل والوسائل الإنتاجية الأفضل ، غير معلومة ، لذا تواجه بعض المحللين وصانعى السياسات ، فى محاولة تقييم قضايا تحصيص موارد الرعاية الصحية ثلاث مشكلات كبرى وهى :

المشكلة الأولى : هى المعلومات النظرية والتجريبية المحدودة عن كيفية تحليل آثار قرارات تحصيص الموارد على صالح المجتمع . **والثانية** : وهى مرتبطة بالمشكلة الأولى وهى محدودية المعلومات عن العلاقة بين استخدام الرعاية الطبية والصحة ، **والمشكلة الثالثة** هى أن كلاً من نظام السوق والنظام المنظومى أثبتت عدم ملاءمتها كوسيلة لتحصيص الموارد فى قطاع الرعاية الطبية من الواقع الاقتصادى .

لقد سعى الفلاسفة منذ زمن إلى تطوير نظريات وأدلة عملية لتحديد وقياس صالح المجتمع . وقد طور فيلفريدو باريتو (١٨٤٨-١٩٢٣م) جل أساسيات اقتصاد الإنعاش ، وهى مجموعة من الأساليب التحليلية والمفاهيم لتقويم قرارات التحصيص . وترتكز هذه الأعمال على مبدأ «درجة باريتو القصوى» (Pareto Optimum) التى تحصل عندما

تتم جميع المقايضات ذات المنفعة المتبادلة حيث لايمكن لأى شخص أن ينتفع أكثر بدون أن يتضرر شخص آخر . عندما تكون لديهم الحرية للمتاجرة فإن الأشخاص العقلانيين أو وكلاءهم سوف يقومون بالمقايضة التى يعتقدون أنها ستعود عليهم بالمنفعة ، وسوف يستغلون جميع الفرص المتاحة لتحقيق ذلك ، علماً أنه يوجد توزيعات عديدة ممكنة من «درجة باريتو القصوى» حسب توزيع الدخل وتحديد التوزيع الذى يزيد الصالح الاجتماعى إلى الحد الأقصى ، وتحقيقه يتضمن مقايضات بين الخاسرين والرابحين من جهة ، والمعرفة بدالة المصلحة الاجتماعية وهذه الدالة تصف تفضيلات متخذ القرار بين مزيج من المنافع الفردية البديلة (Stokey and Zeckhauser 1978) .

أى كيف يقايض متخذ القرار مكاسب بعض الناس بخسائر آخرين ، فعلى سبيل المثال كيف تتأثر المصلحة الاجتماعية بتحصيص أقل للتعليم العام وتحصيص أكثر للمراكز الصحية لذوى الدخل المحدود ؟ تتطلب الإجابة على هذا السؤال مزج تفضيلات فردية لتكوين ترتيب المصالح للمجتمع ككل .

وقد برهن أرو (Arrow 1963) عدم إمكانية تطوير مثل هذه الدالة على المستوى الاجتماعى الشامل إلا أنه بالإمكان نظرياً أن تحقق الأسواق التنافسية «درجة باريتو القصوى» (Stokey and Zeckhauser 1978) . يقوم المستهلكون العقلانيون بمقايضات ذات منفعة متبادلة ، وترغم المنافسة المنتجين على البحث عن طرق إنتاجية ذات كفاءة عالية ، وعلى الاستجابة لتفضيلات المستهلكين . إلا أن الرعاية الطبية تنحرف عن بعض الخصائص الجوهرية للسوق المثالية ، إذ إن الشروط الأساسية للسوق التنافسية هى :

١- حرية الدخول إلى والخروج من السوق لكل من البائع والمشترى .

٢- وجود العديد من الباعة والمشترين الذين هم على علم بالإمور بحيث لايصل أى منهم إلى الحجم الذى يؤثر فيه منفرداً على سعر السوق .

٣- عدم وجود أى تواطؤ بين الباعة والمشترين ، أى أنهم يتصرفون مستقلين . إلا أن العديد من أسواق الرعاية الطبية أصغر من أن تساند المنافسة ، وخاصة لخدمات الأخصائيين والمستشفيات ، وقد امتازت السوق تاريخيًا بالأسعار التفاضيلية والتواطؤ (Kessel, 1958) وذلك بزعم حماية المستهلك ، وتمكين غير القادرين على

الدفع من الوصول إلى الخدمة . إن عدم تماثل المعلومات يضع المستهلك فى وضع غير مؤات إزاء مقدم الخدمة ، كما أن دخول مقدمى الخدمة محدود بصرامة بالتراخيص وتنظيم المهن والمرافق (Fucks 1972) .

إضافة إلى ذلك فقد بين روبنسون ولوفت (Robinson and Luft 1987,1988) أنه تحت تدابير مدفوعات المستشفيات الحالية ، يؤدى ازدياد المنافسة فى الواقع ، إلى ارتفاع الأسعار ، وخفض الكفاءة الإنتاجية لأن المستشفيات تتنافس على أساس آخر غير الأسعار كأن توفر كماليات أكثر لاجتذاب المرضى ، وأن تقدم طاقة خدمات طبية أكبر لجذب الأطباء للعمل لديها . تعتمد الكفاءة التحصيصية فى الرعاية الصحية على مساهمة الرعاية الطبية نحو صحة ومصلحة السكان ، وقد اقترح إفانز وستودارت (Evans and Stoddart 1990) أن الرعاية الطبية قد تؤثر تأثيراً هامشيًا سلبيًا على الصحة ، بعد نقطة ما ، وذلك بسبب استنزاف الموارد التى كانت مكرسة لسلع وخدمات أخرى ، مثل التعليم والإسكان التى كانت بدورها قد تؤثر بإيجابية أكثر على الصحة . وكما سبق ذكره فى الفصل الثانى فإن هذا يثير أسئلة صعبة عن التقويم فيما يتعلق بتأثير الرعاية الطبية والاستثمارات الأخرى على الصحة والمصلحة الاجتماعية ، والتى بدأنابالتو فى تفهمها .

بسبب غموض وتعقيد الرعاية الطبية وأهميتها ، فقد طورت المجتمعات آليات محددة لاتخاذ قرارات التحصيص منها «الاحتياج» وهى فى المقام الأول الرابطة الأساسية للطريقة التنظيمية و«طلب المستهلك» وهى دعامة الطريقة المبنية على السوق .

الاحتياج :

يعرف مهنيو الصحة (Bognanno and Bartlett1971) الاحتياج على أنه الأساس للمدخل التنظيمى لتحصيص موارد الرعاية الطبية . كما يمكن تعريف الاحتياج من منظور متعلق بالمريض . حيث ، يكون هناك احتياج عندما يتحسن الوضع الصحى لشخص ما من العلاج ولايتحسن بدونه . ويمكن قياس هذا التحسن بمستوى صحة الشخص (williams 1974) إذ مالم يعتبر مهنيو الصحة علاجا ما . ضروريا وفعالا .

وكذلك يقدر المريض نتائجه فلا احتياج لهذا العلاج . فى حين أن هذه المفاهيم مفيدة لتحديد العناية التى يحتاجها المرضى ، إلا أن هناك مشكلات مفاهيمية وتطبيقية عسيرة فى استخدام هذا المدخل كأساس لتحصيص الموارد . **أولاً** : لايوجد أساس موضوعى لترتيب الاحتياجات الصحية عليه ومقارنتها بالاحتياجات الأخرى للأفراد والمجموعات السكانيـة . **ثانيًا** : حتى بهذا التعريف الحصرى ، يبدو أن الاحتياج لايمكن إشباعه ، وبالتالى فلازال بحاجة إلى التوزيع . فما أن جسد بعض الاحتياج ، حتى تحدد صناعة الرعاية الصحية آفاقًا جديدة لم يسبق للطب أن خاض بها . **ثالثًا** : العلاقة بين تقديم خدمات الرعاية الطبية وتخفيض الاحتياجات الصحية علاقة غير واضحة ، إن لم تكن معدومة نهائيًا (راجع الفصل الثالث لنقاش مفصل حول هذة القضية) **رابعًا** : قد لاتستهلك الموارد الموفرة لسد «الاحتياج» حسب تعريف مهنيى الصحة أو المؤسسات الحكومية لأن المجموعة السكانية لاتطلبها .

طلب المستهلك :

يعتبر طلب المستهلك (وهو مايرغب المستهلكون فى شرائه ويستطيعون ذلك بأسعار خيارية) ويعد ـ أيضا ـ معيارًا هامًا لتحصيص الموارد . والاحتياج ، هو كما يدركه المستهلك ، محدد رئيسى للطلب على الرعاية الصحية ، ولكنه ليس المحدد الوحيد . إذ يقارن المستهلكون (مفاهيميًا) المنفعة الهامشية مع التكلفة الهامشية المتعلقة بالاستغلالات البديلة لمواردهم المالية والزمنية المحدودة ، ويتخذون قرارات تحصيص لصلحتهم الخاصة . يمثل الشكل (٢-٤) الطلب كمنحنى الطلب الذى يعرض كميات السلع والخدمات من زيادات روتينية للطبيب على سبيل المثال (على المحور الأفقى) التى يرغب ويستطيع الشخص شراءها بأسعار خيارية (بديلة) (على المحور الرأسى) خلال فترة محددة من الوقت . ويفترض أن يكون المستهلكون على اطلاع جيد بالأسعار والخدمات ويسعون إلى اتخاذ الخيارات التى تزيد مصالحهم . تؤثر كوكبة من العوامل على وضع ومنحدر منحنى الطلب ، من هذه العوامل دخل المستهلك وأذواقه وتفضيلاته وأسعار السلع والخدمات الأخرى المتعلقة بها . وينحدر منحنى الطلب النموذجى لأنه :

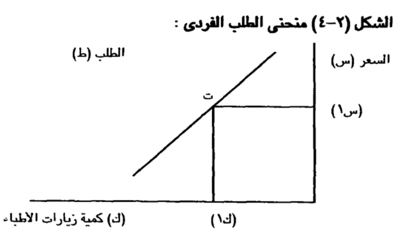
(١) كلما انخفض السعر استطاع المستهلكون أن يشتروا كمية أكبر .

(٢) تكون الخدمات أقل تكلفة نسبة إلى الخدمات الأخرى البديلة ، وهى الخدمات التى تؤدى إلى نفس النتيجة ، مثل : العمليات الجراحية فى المستشفيات ، أو فى العيادات الخارجية للمشكلات الصحية غير الخطيرة (البسيطة) .

(٣) تنخفض قيمة الخدمة الهامشية للمستهلك باستهلاك خدمات أكثر فى فترة زمنية محددة .

إذ يمثل منحنى الطلب قيمة الخدمة الهامشية للمستهلك على مستويات اختيارية من الاستهلاك (ك) ويمثل سعر السوق (س) تكلفة الخدمة الهامشية للمستهلك . وبالاستهلاك على المستوى (ك١) الذى يوازى الاستهلاك الذى يتقاطع فيه السعر (س١) مع منحنى الطلب (النقطة ت) يزيد المستهلك فيه مصلحته إلى الحد الأقصى . أما زيارات الأطباء التى تتعدى (ك١) بالسعر (س١) فإن التكلفة الهامشية تكون أعظم من المنفعة الهامشية مما يجعل المستهلك أسوأ حالاً .

الشكل (٢-٤) منحنى الطلب الفردى :



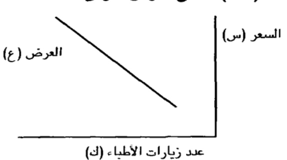
إن طلب السوق ماهو إلا تجميع للطلب الفردى للمساهمين فى السوق ، ومع أن الطلب هو مفهوم فردى ويعتمد على السلوك الفردى ، إلا أن تجميع الأفراد هو الذى يخلق الأسواق ، ويتم بعد ذلك تحديد أسعار وكميات السلع والخدمات من خلال عملية العرض والطلب فى الأسواق . ويمثل العرض فى الأسواق التنافسية كمية السلع والخدمات التى يرغب العارضون فى بيعها بأسعار متفاوتة خلال فترة محددة من

الزمن (الشكل ٣-٤) ، ويكون المنحنى إيجابيًا أي يميل إلى الأعلى بمعنى أن عرض كميات أكبر يكون بأسعار أعلى ، ويعتمد موقع منحنى العرض على التقنية (القدرة على تحويل المدخلات إلى منتجات) وعلى أسعار المدخلات مثل : الرواتب والأجور ، وعلى أهداف العارضين ، أي ما إذا كانوا يهدفون إلى تعظيم الأرباح أو الخدمات أو مزيج منهما . فعلى سبيل المثال رفعت الابتكارات في الإلكترونيات ، الإنتاجية بشكل ملحوظ ، وأدت إلى إمكانية عرض المنتجات بأسعار أقل ، مما ينقل منحنى العرض إلى اليسار ، وبشكل مماثل فإن ازدياد المرتبات وتكاليف المدخلات الأخرى ، يتطلب أسعاراً أعلى لنفس عدد الوحدات المنتجة ، مما يؤدي إلى نقل منحنى العرض إلى اليمنى ، علمًا بأن عرض السوق ما هو إلا مجموع العروض الفردية للمساهمين في السوق .

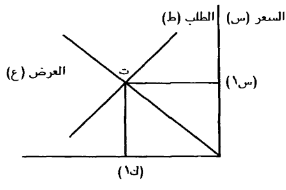
يحدد تقاطع عرض السوق والطلب التوازن (ت) وسعر السوق (س١) وكمية الخدمات (ك١) لفترة محددة من الزمن (الشكل ٤-٤) . ويمثل هذا النموذج الركيزة الأساسية لمدخل السوق لإصلاح الرعاية الصحية . ومثل كل النماذج هو تبسيط للواقع ويجب على أي تطبيق أن يتفاعل مع الاختلاف بين النموذج وعالم الرعاية الصحية الحقيقي .

إلا أنه يفترض وجود خيارات للمستهلك ، وقوى تنظيم السوق الذاتية في مثل هذا النموذج . وتوفر الأسواق التنافسية عامة آلية مرنة لحل المشكلات الاقتصادية الأساسية لما ينتج وكيفية إنتاجه ، ولمن ينتج ، وذلك من خلال التأقلم السريع للمتغيرات في خيارات المستهلك ، والرواتب ، وندرة الموارد ، والتقنية . ويبدو أن المستهلك هو الحكم الأول والأخير لاحتياجاته ورغباته من السلع ، وأيضًا للرعاية الطبية الروتينية ، وذلك بالنسبة للاستخدامات الأخرى لموارده . وتحت ظروف السوق التنافسية فإن المنتجين الذين يفشلون في التجاوب لطلب المستهلك ، أو الذين يعرضون أسعاراً فوق معدل السوق ، أو الذين يستخدمون وسائل إنتاجية عديمة الكفاءة ينتهون إلى الخروج من السوق ، ويحصص المستهلكون فردياً الموارد لتعظيم صالحهم ، مما يدفع بالنظام نحو «درجة باريتو القصوى» من تحصيص الموارد .

الشكل (٣-٤) منحنى العرض الفردى :



الشكل (٤-٤) العرض والطلب فى السوق :



لا ينطبق هذا النموذج تمامًا على الرعاية الطبية كما أشير إلى ذلك سابقًا . وذلك بسبب عدة محدوديات فى طبيعة السوق الأساسية . إذ يوجد خارجانيات هامة (والخارجانيات هى الحالات التى يؤثر استهلاك أو إنتاج شخص ما على صالح شخص آخر) . فعلى سبيل المثال فإن الشخص الذي يحصل على التحصين ضد الأمراض المعدية يقدم منفعة لآخرين بالحد من احتمال انتقال العدوى إليهم منه . ومع ذلك تميل الأسواق الخاصة إلى التقليل من الاستثمار فى مثل هذه الخدمات . لأن المنفعة العائدة لأشخاص آخرين لاتدمج مباشرة فى طلب السوق من الذين يبحثون عن الخدمات الطبية . وكذلك يبدو أن الناس لا يهتمون بإمكانية الآخرين فى الوصول إلى الرعاية الطبية الأساسية . وبالتالى فهم ينتفعون عندما ينال آخرون الرعاية التى ما

كانوا سينالونها أصلا ، إلا أن السوق وحدها لا تملك إمكانية التعبير عن هذه القيمة أو المنفعة إلى النتائج المرجوة . المشكلة الأخرى في سوق الرعاية الطبية الخاصة هو عدم وجود الاستقلالية بين العرض والطلب ، وهو ما يدعى بالطلب الذى يستميله العارضون ، إذ إن مصالح مقدم الرعاية قد تؤثر على طلب المستهلكين بسبب التباين الكبير فى المعلومات بين مقدم الخدمة والمستهلك ، وكذلك بسبب أن جهة ثالثة غالباً ما تدفع لجزء كبير من تكاليف الخدمة المقدمة (Reinhardt 1987) ، لذا فإن مقدم الخدمة الذى يكون له عامة مصالح مالية - يؤثر تأثيراً ملموساً على طلب المستهلك ، وبذلك يقل الدور المستقل لخيار المستهلك فى سوق خدمات الرعاية الطبية . وتفشل السوق فى الوصول إلى التحصيص بسبب هذه المشكلات إضافة إلى عناصر احتكارية أخرى مثل عدم حرية الدخول أو الخروج من السوق للمنتجين ، واتفاق المنتجين على تحديد الأسعار ، كما أن التوزيع المتاح للدخول قد يستثنى بعض المجموعات من الرعاية الطبية .

يبدو أن جميع المجتمعات الحديثة تتقبل محدوديات السوق الخاص والإستراتيجيات التنظيمية فى تحقيق الكفاءة ، فالمشكلة هى فى كمية الموازنة والتنسيق بين أدوارالقوى الحكومية والقوى الخاصة ، إذ تتدخل الحكومات مباشرة فى تمويل وتقديم خدمات الرعاية الطبية لمواطنيها . وتتفاوت درجات هذا التدخل من تقديم غالبية الخدمات مباشرة ، إلى توفير التأمين لأكثر السكان عرضة للمرض ، وذلك ضمن بيئة نظام رعاية طبية خاص ، ومع هذه المشكلات فقد اختارت الدول آليات مختلفة لاتخاذ قرارات تحصيص موارد الرعاية الطبية . وسيتم توضيح هذه الآليات بالإشارة إلى الولايات المتحدة ودول غربية أخرى وبيان وضعها على طول سلسلة مستمرة ، للدرجة التى تحكم فيها قوى السوق هذه القرارات .

دور الحوافز والضوابط :

سلسلة استمرارية السوق :

لقد أشار أندرسون (Anderson 1989,19) إلى أن الدول المتقدمة تتفاوت على طول سلسلة مستمرة (Continuum) من تضئيل السوق (على اليمين) إلى تعظيم السوق (على اليسار) فى تنظيم وتحويل قطاعات الرعاية الطبية فيها ، فكلما زادت موافقة الشخص

على موقع نحو الطرف الأيسر في السلسلة زاد تفضيله للتأمين الخاص الذي يغطي جميع ظروف الطوارئ ، بما فيها التكاليف غير المتوقعة للخدمات الصحية الشخصية .

وعند الاقتراب من موقع في الطرف الأيمن من السلسلة يؤيد الشخص الخدمات الصحية المملوكة للدولة ، والتي تمولها وتدفع مرتبات منسوبيها من الدخل العام . وعلى الطرف الأيسر من السلسلة الاستمرارية فإنه على الأرجح أن يميل إلى التعويض النقدي عن الخدمات الصحية ، والضوابط المالية على المرضى . ويعتبر هذا المنظور ، مقدمي الرعاية كباعة مستقلين للخدمات الصحية ، إذ إن المرضى - إذا جاز التعبير - يستأجرون الأطباء لتدبير احتياجاتهم من الرعاية ، وعلى الطرف الأيمن من السلسلة المستمرة ، حيث تقع الخدمة الصحية ، بالغة التنظيم ، وتمتلكها الدولة بالكامل ، لا يوجد رسوم على المريض في وقت حصوله على الرعاية . إذ إن الرسوم آنذاك مهما كانت ضئيلة ستعتبر حاجزاً غير مرغوب فيه للوصول إلى الخدمات الوقائية والتشخيص المبكر والعلاج ، وفي أقصى الطرف الأيسر يفترض أن يعرف المرضى مصلحتهم الشخصية بحيث لا تثبطهم الرسوم عند الحصول على الخدمة .

يعرض الجدول (١-٤) بيانات عن دور القطاع العام في توفير التأمين الصحي ومدفوعات خدمات الرعاية الطبية حسب البلد .

وتمثل المملكة المتحدة تقليدياً أقصى التضئيل للسوق ، حيث يوجد هناك خدمة صحية وطنية ، والمستشفيات المملوكة للدولة ، والتوظيف المباشر لأطباء وممرضي المستشفيات والقوى العاملة الصحية الأخرى ، إضافة إلى الضبط المركزي للميزانية ، فيما يتمثل الطرف الآخر ، الذي يعظم السوق إلى الحد الأقصى في الولايات المتحدة الأمريكية ، حيث تكون غالبية المستشفيات خاصة ، وكذلك الأطباء والقوى العاملة الصحية ، وحيث يغطي التأمين الصحي الخاص غالبية السكان ، وتمثل المدفوعات الخاصة من المرضى (٢٠٪) من المصروفات على الرعاية الطبية ، إضافة إلى وجود كم هائل من الدافعين بدون أي تنسيق في المدفوعات .

ويقع في منتصف الطريق إلا أنه يميل نحو الطرف الذي يضئل السوق ، البلاد الإسكندنافية وفرنسا ، في حين تقع دول أخرى في منتصف الطريق أيضاً إلا أنها تميل نحو آلية السوق ، ولكن إلى اليمين من الولايات المتحدة ، مثل : أستراليا وكندا وألمانيا وسويسرا واليابان .

فيما تسعى جميع الدول إلى تحقيق الإنصاف والكفاءة وضبط الأسعار بصفة عامة فى قطاعاتها الصحية ، إلا أن لكل بلد منهجها الخاص فى التعامل مع هذه القضايا الاقتصادية والاجتماعية الأساسية ، وتميل النظم التى تضئل السوق إلى الاعتماد أكثر على المراقبة الحكومية المباشرة ، أو شبه الحكومية ، للحصول على النتائج المرغوبة ، فيما يعتمد السبيل الذى يعظم السوق على السوق الخاصة لتحصيص الموارد ، ويستخدم الحكومة للقيام بأعباء الشريحة السكانية الأكثر عرضة للمرض فقط . وتشير قوة الحجة إلى آن الولايات المتحدة الأمريكية بنظامها المبنى على السوق قد فشلت فى تحقيق الإنصاف أو ضبط الأسعار وقد تكون أقل كفاءة من حيث النتائج الصحية المحققة مقابل الاستثمار المبذول

(Organization for Economic Cooperation and Development)

الجدول (١-٤) : التغطية العامة مقابل تكلفة الرعاية الطبية ومتوسط النسبة المئوية من المدفوع بالتأمين العام ، بلدان مختارة ١٩٩٠م .

البلد	نسبة السكان الذين لديهم تغطية عامة		نسبة التكاليف المدفوعة بالتأمين العام	
	الرعاية فى المستشفى	الرعاية فى العيادات الخارجية	الرعاية فى المستشفى	الرعاية فى العيادات الخارجية
المملكة المتحدة	١٠٠	١٠٠	٩٩	٨٨
فنلندا	١٠٠	١٠٠	٨٢	٧٢
النرويج	١٠٠	١٠٠	١٠٠	–
السويد	١٠٠	١٠٠	١٠٠	٩٠
فرنسا	٩٩	٩٨	٩١	٦٠
إستراليا	١٠٠	١٠٠	٧٨	٥٨
كندا	١٠٠	١٠٠	٩١	٧٢
ألمانيا	٩٢	٩٢	٩٨	٩٢
سويسرا	١٠٠	١٠٠	١٠٠	٧٩
اليابان	١٠٠	١٠٠	٩٣	٨٥
الولايات المتحدة	٤٤	٤٤	٥٥	٥٦

المصدر بيانات الصحة ١٩٩٠م (OECD) .

على الجانب الإيجابى ، فقد يستفيد مرضى الولايات المتحدة من التقدم التقنى وانتشاره السريعين ونظم تقديم الرعاية وتمويلها المبتكرة ، والتقدم فى بحوث فعالية الرعاية الطبية (Enthoven 1990) . ويعتمد أسلوب كل بلد فى تقديم الرعاية الصحية على تقاليدها وتاريخها ووضعها السياسى ، وفيما تستخدم كل دولة تجارب الأخرى كنقطة مرجعية لأدائها ، ولاقتباس أفكار يمكن تطبيقها لديها إلا أنه لا يوجد نموذج ذا كفاءة شاملة (Swint 1970) .

سلسلة استمرارية الإدارية الموجهة :

من الفروقات الهامة بين النظام المتجه إلى السوق فى الولايات المتحدة والنظم فى البلاد المتقدمة الأخرى ، ما يتمثل فى أسلوب ضبط التكاليف وتحصيص الموارد ، ففى الولايات المتحدة يتصف الأسلوب بأنه إدارة دقيقة (Micromanagement) بالتباين بالإدارة واسعة النطاق (Macromanagement) المتبعة فى الدول الأخرى (Reinhardt 1990) . تميل الإدارة الدقيقة إلى الاعتماد على الحوافز مثل : الدفعات الملازمة للمستهلكين ، والدفعات المقطوعة (Capitation) لمقدمى الخدمة وذلك فى خطط تقديم الرعاية الصحية التنافسية ، فيما تعتمد الإدارة واسعة النطاق على ضوابط مثل : جدول الرسوم والميزانيات الشاملة والحد من انتشار التقنية ، للوصول إلى أهداف النظام الصحى . بما أن نظام المدفوعات ، وتقديم الرعاية المبنى على السوق فى الولايات المتحدة لامركزى للغاية . يتم التأكيد على التأثير فى سلوك مقدمى الخدمة والمرضى بشكل فردى ، وذلك بمزيج من الحوافز والضوابط . لذا فهنالك أساليب معقدة لمراجعة ومعاينة الاستخدام وتدقيق ومراقبة الرسوم الفردية والتعاقد الانتقائى . والدفعات الفردية المقطوعة لمقدمى الخدمة ، والآن أيضاً أدلة الممارسة . أما بالنسبة للمرضى فهناك الدفعات المتقطعة ، (Deductibles) والتأمين الإضافى ، (Coinsurance) والحدود على التغطية ، وصفوف الانتظار الطويلة للمواعيد ، والحدود على اختيار مقدم الخدمة ، ومتطلبات المشاركة فى إجراءات مراجعة الاستخدام . ويتم إدخال المنافسة من خلال مجموعة من خيارات البرامج الصحية لمن يشملهم التأمين الخاص والعام . ومن نتائج الإدارة الدقيقة ، التكاليف الإدارية الباهظة : إذ تشير إحدى التقديرات إلى كونها تمثل

(٢٤٪) من تكاليف الرعاية الصحية فى الولايات المتحدة مقابل (١١٪) فى كندا (Wool-handler and Himmelstein 1991) . يتم تبسيط الإدارة فى كندا وأوربة بوجود مصدر واحد أو مصادر قليلة للمدفوعات ولمجموعات النظم . وبوجود ميزانية شاملة للمستشفيات وجدول ثابت للرسوم ، لا يوجد حاجة للرقابة اللصيقة لسلوك مقدمى الرعاية . أما ركيزة الإدارة واسعة النطاق فهى الحد من مصادر المدفوعات والتحكم فى المبالغ المدفوعة ، ويشمل هذا ، التخطيط الإقليمى (المحلى) للحد من أعداد المنشآت وضمان التوزيع العادل لها ، وبذلك يوفر القيود التى يعمل من خلالها مقدمو الخدمة . وينتج عن هذا النظام صفوف انتظار للإجراءات ، والمعدات مرتفعة التقنية والمكلفة ، مما يرغم الأطباء على توزيع الخدمات وفق حاجة الحالات وخطورتها ، وقد وصف إيفانز (Evans 1986,602) المواقف الأساسية لمقدمى الخدمة فى الولايات المتحدة وكندا نحو استخدام الموارد والإجراءات على أنها «عند الشك استخدم» عوضًا عن «عند الشك لاتستخدم» .

أساليب الدفع :

توفر الأساليب البديلة للدفع للأطباء والمستشفيات حوافز مختلفة فيما يتعلق بالكفاءة (D'Intignano 1990) . إذ تعمل فى الولايات المتحدة أساليب متعددة مختلفة للمدفوعات ومصادرها فى آن واحد ، فى حين يعمل لدى البلاد الأخرى أسلوب رئيسى لمدفوعات تعويض المستشفيات والأطباء من خلال قنوات قليلة مقارنة بالمصادر المتعددة للمدفوعات فى الولايات المتحدة (Reinhardt 1990) . فعلى سبيل المثال يتم الدفع للأطباء من خلال وكالات محلية وعلى مستوى الولاية وكذلك فدرالية ، ومن قبل ما يزيد على ١٥٠٠ مؤسسة تأمينية ، وأيضًا بمدفوعات مباشرة من المرضى . وتشمل أساليب الدفع ما يلى : الرسوم مقابل الخدمة ، والرواتب والدفعات الفردية المقطوعة ، ولا يقيد النظام كل هذه الأساليب . وقد هيمن نظام الرسوم مقابل الخدمة المبنى على الرسوم المعتادة والمألوفة ، وفيما يوفر الحوافز للإنتاجية المرتفعة إلا أنه يؤدى إلى التضخم والتوسع فى استخدام الإجراءات ذات المنفعة الهامشية المنخفضة مقابل التكلفة (Moloney and Rogers1979) .

لقد اعتمدت كندا وألمانيا على نظام الرسوم مقابل الخدمة أيضًا ، إلا أن الرسوم مضبوطة بصرامة ومحددة . ولمجابهة مشكلة توسع حجم الخدمة ، طورت ألمانيا نظام الرسوم المستقبلية الشاملة ، الذى يحدد القيمة المالية لكل من نقاط القيمة النسبية استعاديًا ، وذلك بتقسيم ميزانية الأطباء الشاملة على العدد الكلى لنقاط القيمة النسبية (ناتج عدد الخدمات والقيمة النسبية لكل خدمة) التى سجلها الأطباء فى البيانات الحسابية خلال فترة محددة . ولا يسمح لهذه الميزانية بالنمو إلا على معدل نمو الدخول فى الاقتصاد الوطنى ، وهكذا إذا توسع حجم الخدمات أكثر من اللازم فإن سعر الوحدة يخفض حتى تبقى المصروفات الكلية ضمن حدود النمو . وقد أدى هذا الأسلوب بألمانيا إلى تثبيت مصروفات الرعاية الصحية كنسبة مئوية من الناتج المحلى الخام (G.D.P.) .

من الأساليب الرئيسية للدفع لخدمات المستشفى أسلوب السعر اليومى ، والميزانيات الشاملة ، والمدفوعات المسبقة بالمجموعات المرتبطة بالتشخيص (DRG) والمدفوعات المسبقة ، حيث يوفر كل أسلوب حوافز مالية مختلفة للمستشفيات وله مضامينه المختلفة للكفاءة (Dowping 1974) . يستخدم نظام الولايات المتحدة الصحى التعددى جميع هذه الأساليب ، مع أنه يدفع للمستشفيات تقليديًا المعدلات اليومية بالإضافة لرسوم للخدمات المساندة الأخرى ـ وقد تم تحديد هذه الأسعار على أساس التكلفة مع أن العون الترافعى للمرضى والخدمات كان شائعًا حتى اتخذ ممولو الرعاية إجراءات صارمة للحد من هذه الظاهرة وتوسعة المنافسة .

ومرة أخرى قاد برنامج مديكير الفدرالى طريق إصلاح مدفوعات المستشفيات بتطبيق نظام المدفوعات المستقبلية فى عام ١٩٨٣م ، وقد تم تصميم هذا النظام بحيث يُدفع مبلغ محدد ، لكل من أحداث الرعاية فى المستشفيات ، المحددة بواحدة من ٤٨٣ مجموعة تشخيصية . ويوفر هذا النظام حوافز للمستشفيات لتشجيع الأطباء على تقصير فترة الإقامة فى المستشفى ، ولتقديم خدمات الرعاية بكفاءة أكبر ، وذلك بسبب تمكين كل مستشفى من الاحتفاظ بأى فائض من المدفوعات فوق التكلفة ، ولمعادلة الحوافز الدافعة إلى إدخال مرضى أكثر ، إلى المستشفى ، وتقديم خدمات أقل مما ينبغى ، وإخراج المرضى أسرع مما يجب ، كان على منظمات معاينة النظير (Peer Review Organization) مراقبة ضرورة الإدخال إلى المستشفى وكفاية الرعاية المقدمة .

وقد تم الحكم على نظام المدفوعات المسبقة بالنجاح فى احتواء تكاليف المستشفى ضمن نظام مديكير عامة وبدون إلحاق الأذى بالمرضى على الرغم من صعوبة إثبات ذلك بطريقة حاسمة (Kahn et al. 1990; Russell 1989) . ومن ناحية أخرى فإن إحدى نتائج هذا النظام (P.P.S.) التوسع السريع فى خدمات العيادات الخارجية بالمستشفيات والرعاية المنزلية ورعاية المدى الطويل ، وبالإمكان معالجة ذلك جزئيًا بالمقترح الجديد الداعى إلى تجميع خدمات العيادات الخارجية بالمستشفى إلى ٢٩٧ مجموعة إسعافية ، تدفع الحكومة عن كل منها مبلغًا مقطوعًا (Pear 1991) .

ومع أن المستشفيات حققت أرباحًا مبدئية تحت نظام المدفوعات المستقبلية ، إلا أن القيود اللاحقة على ازدياد المدفوعات تركتها بالهامش التشغيلى الحالى قرابة الصفر . (Aaron 1991; American Hopital Association 1993)

وقد بين شوارتز ومندلسون (Schwartz and Mendelson 1991) أن إستراتيجيات احتواء تكاليف المستشفيات فى الثمانينيات ، بما فيها نظام المدفوعات المستقبلية ، لم تؤثر على الارتفاع الأساسى فى تكاليف المستشفى فى الولايات المتحدة الأمريكية ، إذ قد عادل التخفيضات في معدل نمو مصروفات مديكير ارتفاع الإنفاق فى غير مديكير .

التخطيط وضبط الرسوم :

تتخذ كندا ميزانيات شاملة للمستشفيات ، وتخطيط صحى محلى ، لضبط تكاليف الرعاية فى المستشفى وانتشار التقنية الطبية . وتمول المستشفيات فى ألمانيا بواسطة رسوم شاملة يتم التفاوض على مقدارها بين المستشفيات واتحادات صناديق المرضى المحلية (Johnscn 1990) . وتخضع هذه الأسعار لموافقة الدولة التى تجيز أيضًا وتدفع لإنفاق الرأسمالى وفق تخطيط شامل للمستشفيات . ويمتاز النظام الكندى عن النظام الأمريكى بوجود استخدام مرتفع لأيام التنويم فى المستشفى مع تقييد الإجراءات الجراحية والتشخيصية مرتفعة التكلفة .

لذا يشكو النظام من ظاهرة «فساد الأسرة» حيث يقضى المسنون الذين لا تتطلب حالاتهم الرعاية المكثفة المتوفرة فى المستشفى ، فترات إقامة تتراوح من ٥٠ إلى ٦٠

يومًا ، ويبدو أن تجربة ألمانيا مماثلة لكندا ، بل أن معدلات استخدام خدمات التنويم أعلى فى ألمانيا منها فى كندا (انظر الجدول ٢-٤) . انخفضت أعداد أيام أسرة المستشفى للشخص فى العام فى الولايات المتحدة من (٢,٣) فى ١٩٧٠ إلى (١,٣) فى ١٩٨٩م ، فيما استمرت كندا ثابتة على حوالى (٢,٠) ، وكانت ألمانيا مستقرة على (٣,٥) ، كما انخفض أيضًا متوسط طول الإقامة فى مستشفيات الولايات المتحدة منذ ١٩٧٠م وانخفض المتوسط فى ألمانيا من (٢٤.٩) فى ١٩٧٠م إلى (١٦.٢) فى ١٩٨٩م على نقيض كندا التى ارتفع فيها من (١١,٥) فى ١٩٧٠م إلى (١٣.٢) فى ١٩٨٧م .

أدت القيود على الإنفاق فى كندا إلى ظهور صفوف الانتظار الطويلة ، فعلى سبيل المثال ، خلال خريف عام ١٩٩٠م فى أو نتاريو ، أعلن على الأقل (٩٠٪) من البرامج التى تقدم خدمات كل من الأشعة المقطعية (CAI) ، وتصوير الرنين المغناطيسى (MRI) ، وجراحة أوعية القلب ، وجراحة العين ، وجراحة العظام وتفتيت حصى الكلى ، عن وجود صفوف انتظار للحالات الاختيارية ، وأعلن على الأقل (٣٠٪) من هذه البرامج عن وجود صفوف انتظار للحالات العاجلة (التى تشمل حالات طبية خطيرة) ، وأعلنت برامج تصوير الرنين المغناطيسى وتفتيت حصى الكلى فقط عن وجود صفوف انتظار لحالات طارئة (الحالات التى تهدد الحياة) (General Accounting, 1991) .

مع أن جميع البلاد الثلاث شهدت نموًا سنويًا مركبًا فى مصروفات الرعاية الصحية للشخص الواحد بنحو (١٠٪) فى السنة ، الا أن كلا من كندا وألمانيا كانتا أكثر نجاحا فى ضبط تكاليف الرعاية الصحية من الولايات المتحدة .

فقد نمت نسبة الناتج المحلى المصروفة على الرعاية الصحية من (٧.٤) إلى (١٢.٤٪) خلال الفترة من ١٩٧٠م إلى ١٩٩٠م فى الولايات المتحدة بالمقارنة لنمو من (٧.١) إلى (٩.٠) لكندا ومن (٥.٩) إلى (٨.١) لألمانيا . وخلال الفترة ذاتها ارتفعت مصروفات الرعاية الصحية للشخص من ٢٤٦دولارًا إلى ٢٥٦٦ دولارا فى كندا . ومن ١٧٩ دولارًا إلى ١٨٩٩ دولارًا فى ألمانيا . وتسود أنماط مماثلة للرعاية فى المستشفى (انظر الجدول ٣-٤) . إن وجود مصدر مهيمن للمدفوعات قادر على تجميد الميزانية لفترة محددة من الوقت ، هو مفتاح ضبط التكاليف فى هذه النظم ذات النمط الإدارى

واسع النطاق . ويرتبط النمو فى الميزانية عامة بالنمو فى الاقتصاد العام ، وهكذا تعتمد النظم الكندية والألمانية على ضبط الأموال المتاحة للأطباء ومقدمى خدمة المستشفيات عوضاً عن الاعتماد على خليط من حوافز السوق ، والضوابط الموجودة فى الولايات المتحدة .

يصر الكثيرون أنه بالنظر إلى أداء النظامين الكندى والألمانى ، من الحكمة أن تحذو الولايات المتحدة نهجًا مماثلاً من الضبط واسع النطاق ، وأن تتخلى عن محاولات تطوير نظام كفء مبنى على مفاهيم السوق (Genenal Accounting Office 1991) . مع أن الاعتمادات الشاملة قد تخفض الإنفاق ، إلا أنها لا تؤدى بالضرورة إلى كفاءة تحصيصية أعظم ولا إلى كفاءة إنتاجية أعظم ، فقد تنتج حوافز معاكسة لكل من التحصيص والإنتاج خلال عملية ضبط التكاليف الكلية . إذ فقط تضغط المستشفيات على الأطباء لشغل أسرتها حتى تبرر استمرار التوسع فى اعتماد المستشفى ، وقد تتلكأ سبل مبتكرة أكثر كفاءة لتقديم الرعاية خارج المستشفى بسبب عدم وجود الحوافز لتطوير خدمات جديدة .

الجدول (٢-٤) : استخدامات الرعاية الصحية التنويمية : بلدان مختارة ١٩٧٠-١٩٨٩م .

	أيام أسرة المستشفى للشخص فى السنة			معدلات دخول المستشفى (نسبة السكان فى السنة)			متوسط طول الإقامة فى المستشفيات			عدد زيارات الأطباء والاستشارات للفرد		
السنة	أمريكا	كندا	ألمانيا	أمريكا	كندا	ألمانيا	أمريكا	كندا	ألمانيا	أمريكا	كندا	ألمانيا
١٩٧٠	٢,٣	٢,٠	٣,٦	١٥,٥	١٦,٥	١٥,٤	١٤,٩	١١,٥	٢٤,٩	٤,٦	–	–
١٩٧٥	١,٩	٢,٠	٣,٦	١٦,٧	١٦,٦	١٦,٩	١١,٤	١١,٢	٢٢,٢	٥,١	٤,٩	١٠,٩
١٩٨٠	١,٧	٢,١	٣,٦	١٧,١	١٥,١	١٨,٨	١٠,٠	١٢,٩	١٩,٧	٤,٨	٥.٤	١١,٥
١٩٨٥	١,٤	٢,١	٣,٥	١٥,٢	١٤,٨	١٩,٩	٩,٢	١٣,٤	١٨,٠	٥,٢	٦,٢	–
١٩٨٧	١,٣	٢,١	٣,٥	١٤,١	١٤,٧	٢١,١	٩,٣	١٣,٢	١٧,١	٥,٣	٦,٦	–
١٩٨٩	١,٣	٢,٠	٣,٤	١٣,٧	–	٢١,٥	–	–	١٦,٢	٥,٣	–	–

المصدر : OECD Health Data 1991

الجدول (٣-٤) : إنفاق الرعاية الصحية : بلدان مختارة ١٩٧٠- ١٩٩٠م .

	مصروفات الرعاية الصحية كنسبة من الناتج المحلى			مصروفات الرعاية الصحية للفرد بالدولار			مصروفات التنويم للفرد بالدولار		
السنة	أمريكا	كندا	ألمانيا	أمريكا	كندا	ألمانيا	أمريكا	كندا	ألمانيا
١٩٧٠	٧,٤	٧,١	٥,٩	٣٤٦	٢٧٩	١٧٩	١٥٣	١٤٦	٦٤
١٩٧٥	٨,٤	٧,٢	٨,١	٥٩٢	٥٢٩	٥٤٩	٢٧٧	٢٨٦	٢٠٨
١٩٨٠	٩,٣	٧,٤	٨,٤	١٠٦٣	٨٠٦	١١٠٦	٥٢٠	٤٢٤	٣٩٩
١٩٨٥	١٠,٧	٨,٥	٨,٧	١٧١١	١١٧١	٨٨٣	٨١٩	٥٩٤	٣٢٤
١٩٩٠	١٢,٤	٩,٠	٨,١	٢٥٦٦	١٩٢٣	١٨٩٩	١١٩١	-	-

المصدر : OECD Health Data 1991 .

إدارة التنافس :

اقترح أنثوفن وكرونيك (Enthoven and Kronick 1989) تطوير التنافس المدار كمنهج لتحصيص موارد الرعاية الطبية وضبط التكاليف ضمن بيئة النظام المبنى على السوق ، يرتكز هذا الإسلوب على حوافز السوق لحث الخطط الصحية ومقدم الرعاية على الكفاءة ، وأن يكونوا سريعى الاستجابة لرغبات واحتياجات المستهلك . كما يراقب ويدير التنافس بين البرامج الصحية فى الرعاية الصحية ، كل من أرباب العمل (ممولو التأمين الصحى فى القطاع الخاص) ومؤسسات حكومة الولاية (ممولو الرعاية الصحية فى القطاع العام) ، حيث يلعب أرباب العمل دورهم التقليدى فى التأمين الصحى ، وتلعب مؤسسة أو مؤسسات حكومية ، تحددها الولاية ، دور الوسط لأصحاب الأعمال الحرة ولمن يختار التأمين الصحى من خلال ممول حكومى . وتوفر تبرعات محدودة (مع قيود على حسمها من الضرائب) من الممولين حوافز الخيارات واعية بالتكلفة من المستهلكين ، ثم تطبيق أجزاء هذا الأسلوب بدرجات متفاوتة ، خاصة خلال الثمانينيات . نمت البرامج الصحية المتنافسة مثل : منظمات الحفاظ على الصحة (HMO) ، ومنظمات مقدم الرعاية المفضل (PPO) ، وبرامج نقاط الخدمة والبرامج التى تقدم ترتيبات مقدم الخدمة الحصرى نمواً سريعاً مسجلة بين ٥٠ إلى ٦٠ مليون مشترك فى بداية ١٩٩٠م ، منهم ٣٥ مليون شخص فى ٥٩١ منظمة للحفاظ على الصحة

(HMO) (Health Insurance Association of America 1990) . طورت مـديكيـر نظامًـا لعقود المجازفة تسجل من خلال الآن مليون مشترك فى منظمات الحفاظ على الصحة ، والنظم البديلة الأخرى لتقديم الرعاية الصحية . وتغيرت برامج مديكير فى عدة ولايات إلى المزايدة التنافسية ، والخيار المحدود ، للسكان المؤهلين لتغطيتها (Freund etal 1989) ، وارتفع اشتراك مديكير فى منظمات الحفاظ على الصحة من ٢٨٢,٠٠٠ شخص فى عام ١٩٨١م إلى ٩٤٧,٠٠٠ فى عام ١٩٨٧م .

يؤكد النقاد أن الجهود المبذولة لضبط التكاليف من خلال التنافس فى الرعاية الصحية قد فشلت ، فلم تضبط التكاليف ولم ينل أرباب العمل أى ادخار من هذه الإستراتيجية بل وجد ارتباط بين اشتداد التنافس ، وارتفاع الأسعار (Bobinson and Lutt 1985, 1987, 1988) ، ويشير آرون (Aaron 1991) إلى أن التغيرات التزايدية مثل : زيادة التنافس ، لن تحل المشكلة لأنها لا تنكب على الأسباب الجوهرية لتضخم الأسعار ، وهى التطور السريع لأساليب علاجية وتشخيصية حديثة . وتوفر تجربة كاليفورنيا الدليل الموازى لذلك ، وذلك بعد تطبيق القانون الذى سمح بالتعاقد الاختيارى (Zwanzinger and Melnick 1988) قبل تطبيق القوانين الداعية إلى التنافس كان هناك ارتباط بين تكاليف المستشفى المرتفعة ، وازدياد التنافس ، أما بعد تطبيق هذه القوانين فكما هو متوقع فقد انخفضت تكاليف المستشفيات فى الأسواق التنافسية ، ويدعى إنثوفن وكرونيك أن تنافس الأسعار الحقيقى لم يطبق ، فإما أن أرباب العمل والحكومة لم يعرضوا خيارات متعددة للبرامج التأمينية ، أو أنهم دعموا كامل السعر تقريبًا لبرامج «الخدمة مقابل الرسوم» التقليدية ، أو أنهم لم يسمحوا للموظفين والمستفيدين ، من الاحتفاظ بالادخار الذى حققوه عند اختيارهم برامج تأمينية أقل تكلفة .

وكانت النتيجة غالبًا اختيار الموظفين الأكثر عرضة للمرض للبرامج التأمينية التقليدية ، وبارتفاع أقساط التأمين المرافق لهذا الخيار غير المستقر أو ما يسمى (التسعير الظل) (وهو التسعير أقل من ولكن قريب من المنافسين) من قبل برامج تأمين منظمات الحفاظ على الصحة المنافسة ، وبهذا تكون المنافسة قد ساهمت فى ارتفاع

التكاليف ، وذلك ليس بسبب عدم صلاحيتها فى الرعاية الصحية ولكن لأنه لم يتم تطبيق وإدارة هذا التنافس كما ينبغى . لقد كان الإصلاح الصحى من القضايا الهامة فى انتخابات الرئاسة السابقة فى الولايات المتحدة الأمريكية ، ورغم تبنى الرئيس كلنتون والحزب الديموقرطى للإصلاح الجذرى إلا أنه قيموا البدائل خلال الأشهر الأولى من الرئاسة . ومن الخيارات البارزة ، (نظام ذو ممول واحد) على غرار النظام الكندى ونظام المنافسة المدارة مع حدود على الإنفاق . وكان هناك مواقف قوية وأنصار أقوياء على طرفى النقاش ، ولا يمكن فض هذا النزاع تجريبيًا على نطاق ضيق دون تطبيق وتقويم برنامج تأمينى تنافسى محكم التخطيط على مستوى الولاية أو المستوى الإقليمى أو المستوى الوطنى . يدعى بعض مناوئى التنافس أن النظام الاشتراكى أثبت وجوده فى كندا وأوربة ، وأن تطبيق تجربة تنافسية ستؤجل المحتوم فقط ، وتكون تمرينًا مطلقًا ، أما أنصار التنافس فيجادلون أن الحل الحكومى يتناقض مع تفضيل الأمريكان للتدخل المحدود للحكومة ويواصلون تأكيد الكفاءة النظرية للسوق فى تخصيص الموارد ، ويؤكدون كذلك أنه ما أن يتم تثبيت نظام حكومى ، يكون من الصعب سياسيًا تغييره ، بينما إذا ثبت فشل أسلوب السوق فتمكِّن الحرية الأساليب التى لا تعتمد على السوق بسهولة . وبالإمكان تقصى كل من بدائل السياسة والإدارة الصحية الدقيقة ، وتلك ذات النطاق الواسع بنماذج وأساليب اقتصادية ، وفيما يلى وصف لأساليب مختارة وكيفية إمكان تطبيقها على قضايا الرعاية الطبية .

أساليب رئيسية لتقويم كفاءة الرعاية الطبية :

المستوى الدقيق :

لقد طور علماء الاقتصاد نموذجًا نظريًا شاملاً لتكلفة الإنتاج وكفاءته ، وهو نموذج معيارى ويعبر عن كيفية تغير التكلفة الكلية ، ومتوسط التكلفة والتكلفة الهامشية لمنتج أو سلعة ما ، تحت مجموعة من الافتراضات تخص العلاقة بين المدخلات والمخرجات (الدالة الإنتاجية) ، وتكلفة المدخلات ، والتقنية . فعلى سبيل المثال تشمل مدخلات الرعاية الطبية فى العيادات الخارجية وقت الطبيب والمرضة ، وقد تحدد المخرجات من منطلق الخدمات المقدمة ، أو أثرها على صحة المرضى . كما تشمل تكلفة المدخلات

دخل الطبيب والمرضة وأجور المبانى وتكلفة الإمدادات . وتعرف التقنية بتوسع ، على أنها المعلومات والأساليب المطلوبة لتحويل المدخلات إلى مخرجات . وتمثل دالة التكلفة ، أقل تكلفة يمكن الحصول عليها لمجموعات بديلة من المدخلات وحجم الوحدات المنتجة .

تحت الافتراضات العادية ، بالإمكان تحديد مزيج المدخلات الذى يقلل التكلفة لأى مستوى من الإنتاج ، ووحدة الإنتاج ، التى تقلل التكلفة (Byrns and Stone 1987) . وحتى عندما يتوفر للمنتجين التركيب «الصحيح» من المدخلات والحجم ، قد يفشلون فى تحقيق المخرجات القصوى . وقد يكون ذلك بسبب الإدارة الضعيفة أو تحفيز العاملين المنخفض ، أو أى مشكلات فى الإنتاج غير المحددة وتعرف بـ«لاكفاءة -x» (X- In- efficincy) ، وتحصل لاكفاءة -x عندما تنتج مؤسسات ما من المخرجات أقل من الحد الأقصى الممكن من الموارد المتاحة . وبالإمكان مفاهيميًا تطبيق دالات الإنتاج والتكلفة على أى إجراء إنتاجى ، إلا أنها أقل دقة فى المجالات التى يصعب فيها تحديد وقياس المخرجات . وقد تم تطبيق نماذج الإنتاج والتكلفة على خدمات الأطباء والمستشفيات والتأمين ، لتحديد الدرجة التى حققت فيها الكفاءة وكيفية إمكان تحسينها . ويعرض الفصل الخامس خلاصات لدراسات مختارة .

من أساليب تحليل الكفاءة المستخدمة بكثرة فى الرعاية الطبية تحليل فعالية التكلفة (Cost Effectiveness Analysis "CBA") ، وتحليل منفعة التكلفة (cost - Benifit Antysis "CBA") (Drummond, Stoddert and Torrance 1987) . وتحليل فعالية التكلفة (CEA) هو تحليل منظومى لتأثير وتكلفة الأساليب والبرامج البديلة لتحقيق نفس الهدف ، مثل إنقاذ الأرواح والوقاية من المرض أو تقديم الخدمات الصحية . ويستخدم هذا التحليل عندما يكون التركيز على تحديد كفاءة الإنتاج ، ويقاس التأثير بوحدات نقدية . أما تحليل منفعة التكلفة (CBA) فهو تحليل منظومى لإسلوب أو برنامج ، أو أكثر لتحقيق هدف ما ، ويقيس كلاً من المنافع والتكلفة بوحدات نقدية ، وبإمكان هذا التحليل أن يحدد ما إذا كان برنامج ما ، جدير بالتطبيق ، من حيث كون منفعته أعظم من تكلفته (كفاءة تحصيصية) ، فيما يقارن تحليل فعالية التكلفة (CEA) تكاليف البدائل لتحقيق هدف مشترك (كفاءة إنتاجية) بدون أن يحدد ما إذا كان الهدف نفسه جديراً بالتحقيق .

فعلى سبيل المثال ، ما هى تكلفة المسوحات السنوية ، والعلاج لأمراض الشبكية الناتجة عن مرض السكرى للأشخاص فى الولايات المتحدة ، وما هى الادخارات المرتبطة بهذه الإجراءات ؟ . يشير صافى المنفعة الإيجابى إلى الكفاءة التحصيصية . يكون المجتمع أسوأ حالاً بتبنيه المشاريع التى تفوق تكلفتها منفعتها ، ويكون أحسن حالاً بنسبة المشاريع التى تفوق منفعتها تكلفتها . ومع أنه ليس من العملى ترتيب جميع الاستخدامات المتنافسة على الموارد لتحقيق التحصيص الأمثل للموارد ، إلا أنه بالإمكان اعتبار المشاريع على أساس تزايدى . وبالإمكان استخدام تحليل فعالية التكلفة (CBA) كمكمل لتحليل منفعة التكلفة (CBA) وأيضًا كبديل عنها ، فعلى سبيل المثال ، لتقويم برنامج أمراض الشبكية ، آنف الذكر ، بالإمكان أولاً تحديد أكثر السبل كفاءة لإجراء المسح للمشكلة من التقنيات العديدة المتاحة لإجراء المسوحات ، ثم تدخل نتائج الكفاءة الإنتاجية هذه ، فى تحليل منفعة للتصدى إلى مسألة التحصيص ، أى كم يجب على المجتمع أن يستثمر فى مسح وعلاج أمراض الشبكية الناتج عن السكرى إذا لزم الاستثمار ؟ أو الخيار الآخر قد يتم تقرير أن البرنامج قد لا ينتج منفعة اقتصادية صافية بسبب المجموعة السكانية المصابة ، بل ينتج منافع صحية ويجب مقارنته بالبرامج الأخرى من حيث تكلفة كل سنة حياة مضبوطة بالنوعية (Quality - Adjusted Life Years "QALY") يضيفها البرنامج للمريض ، ومن ثم تقاس الفعالية بارتفاع عدد سنوات الحياة (QALY) وتقارن مع النشاطات الأخرى على أساس التكلفة لكل سنة من هذه السنوات ، وبهذا تقيم سنوات الحياة (مضبوطة بالنوعية) عوضًا عن القيمة النقدية ، حسب قيمة الفائدة ، أو كيف يشعر الناس نحو الوقت الذى يقضى فى أوضاع صحية بديلة ، تتراوح من أوضاع يشعرون أنها أقرب من الموت إلى كونهم أصحاء تمامًا (Torrance, Boyle, and Howard 1982) . فمثلاً قد يخصص لوضع تمام الصحة فائدة قدرها (١) ، وقد يخصص لحالة فقدان البصر قيمة (٦,) ، فلو استطاع شخص فى تمام الصحة إلا أنه كفيف أن يتفادى فقدانه للبصر لمدة سنة فيكون قد كسب (٤٪) سنة مضبوطة للنوعية (QALY) .

توسع استخدام تحليل منفعة التكلفة (CBA) ، وتحليل فعالية التكلفة (CEA) فى السنوات الماضية بسعى الحكومة والصناعة إلى ضبط العجز فى الميزانيات مع تحقيق

أهداف الخدمة والإنتاج . وقد استخدم تحليل منفعة التكلفة (CBA) أصلاً لتقويم التأثير الاقتصادى للاستثمارات العامة (Warner and Luce 1982) . يضيف التوسع فى التمويل الحكومى لبحوث الفعالية الطبية ، والنتائج ، وأدلة الممارسة الإكلينكية (Agency for Health Care Poliey and Reserch 1991) معلومات تشير إلى ضرورة إجراء المزيد من التقويم الاقتصادى لخدمات الرعاية الصحية . لقد شكلت وكالة سياسات وبحوث الرعاية الصحية (AHCPR) فرق بحوث نتائج المرضى لإجراء تقصيات واسعة للخدمات البديلة أو إجراءات تدبير حالات سريرية محددة (انظر الفصل الثالث) .

بالإمكان إدخال معلومات الفعالية إلى نماذج السياسات المصممة لدمج قضايا نوعية الحياة والحالة العملية للمريض والتكاليف ، وقد طور كابلان واندرسون مقياساً يدمج إطار المنافع الصحية وإطار الاستفادة بهدف تقويم برامج الرعاية الصحية . بالتحديد يدمج مقياسهم تقديرات النقاط الوقتية للدالة ، وتحول المستويات العملية للمريض على مر الزمن ، ومستويات منفعة الحالة الصحية ، والوفيات ، وتم تطبيقه على تقويم عدد من البرامج الوقائية والعلاجية ، وبدأ صانعو السياسات ، ممثلين ببرنامج أو ريجون (The Oregon Program) بتطبيق هذا التوجه فى التفكير إن لم يطبقوا المنهجيات بالضبط على تحصيص موارد الرعاية الصحية النادرة . حاول برنامج أوريجون ترتيب الخدمات الصحية وفق منافعها الكامنة مع تقييد هذه الخدمات بالاعتمادات الكلية المحصصة سياسيًا ، بهذه الطريقة يمكن تغطية أشخاص أكثر بالخدمات الأساسية ، إلا أن بعض الخدمات التى يقرر أنها ذات قيمة أقل لن تقدم (Eddy 1991) . وقد رفضت الحكومة الفدرالية منح الموافقة على تطبيق برنامج أوريجون لأنه خالف قانون «الأمريكان المعاقون» وأجازت إدارة كلنتون خطة معدلة منه .

استخدم بول فيلدستين (Paul Feldstein 1988) منهجية نوعية لتقويم الكفاءة التحصيصية فى قطاع الرعاية الطبية . ويكون الركيزة لتقويمه الاقتصادى هذا ، تركيبة القيمة لاستقلالية المستهلك ، وكذلك المعيار الأقصى لصالح المستهلك ، ويتم فحص القطاعات المختلفة (مثل : التأمين والرعاية داخل المستشفى ورعاية الأطباء) من

حيث الدرجة التى يتناغم فيها السلوك الملاحظ مع التنبؤات المستوحاة من النموذج الاقتصادى الأساسى للسوق التنافسية ، فعلى سبيل المثال هل يجاهد المنتجون لتقليل تكلفة الإنتاج ؟ وهل يقاد خليط وجودة السلع والخدمات بخيارات المستهلك ؟ عند حدوث تعارضات فإنه يتم إعادة النظر فى الافتراضات الأساسية للنموذج التنافسى وتغييرها فى محاولة إيجاد تعليل أفضل للسلوك الملاحظ . ويجد فيلدستين تشوهاً فى سوق التأمين والرعاية الصحية أدى إلى سوء تخصيص الموارد وإلى استخدام أساليب إنتاجية سيئة . بالإمكان مواجهة هذه المشكلات من خلال إصلاح السوق ، وهو إجراء بدأ فى الثمانينيات ولم يتم بعد . وقد غاير وليامز (Williams 1990) ذلك المنظور بإطار سياسى للقطاع العام ، يعنى كذلك بكفاءة الإنتاج ، إلا أنه فى هذا الإطار يتم تقدير الكفاءة التخصيصية من قبل جمهور الناخبين ، من حيث الدرجة التى يحسن بها نظام الرعاية الطبية وضع السكان الصحى بالنسبة للموارد المخصصة له ، ويتم تحديد الأولويات وفق التقديرات الاجتماعية للاحتياج . ويتمثل نظام تخصيص الموارد هذا بالخدمة الصحية الوطنية التى تم إصلاحها ، والمطبقة فى بريطانيا ، وقد لخص كولير ومينارد وبوسنيت (Culyer, Maynard, and Posnett 1990, 1) بعض عناصر هذا الإصلاح فيما يلى :

> إن المبدأ الذى يتخلل جميع هذه التغييرات هو فصل وظيفة مشترى الرعاية ومقدمها ، وبهذا يتم خلق «شفافية» أعظم فى التبادل بحيث تكون الأسعار وحجم ونوعية الخدمات واضحة ومحددة . وبالإمكان جعل مقدم الرعاية أكثر عرضة للمحاسبة . ويكون أساس هذا ، مبدأ آخر وهو خلق موقف يكون فيه تقدير الحاجة أفضل ، على مستوى المجتمع ، ويتجاوب نظام تقديم الرعاية لهذه الحاجة المطروحة بكفاءة أكبر .

تم البدء في إصلاح النظام البريطاني في عام ١٩٨٩م ويمس ثلاثة عناصر أساسية من الخدمة الصحية الوطنية : خدمات المستشفيات وخدمات الأطباء العاملين ورعاية المجتمع . تحت النظام المستصلح تصبح عيادات المجموعة الكبيرة ورؤساء المناطق هم القائمون على الاعتمادات المالية ، ويشترون الخدمات التشخيصية والعلاجية من مقدمى الرعاية المتنافسين من القطاع العام والخاص . ويكون القائمون على الاعتمادات مسئولين عن تقييم الاحتياجات الصحية فى مجتمعاتهم ، ووضع أولويات لهذه الاحتياجات ، والوفاء بها بأكثر السبل فعالية للتكلفة ، باستخدام مقدمى الخدمة من داخل مناطقهم أو من خارجها .

ويتم تحديد الاعتمادات باستخدام معادلة سكانية تأخذ الاحتياج فى الاعتبار ، وبهذا يعمل السوق الجديد فقط من ناحية العرض ، أما الطلب فلا يحدد هنا بما يرغب الناس ويقدرون على شرائه بل بتقديرات إدارية للاحتياج . طبقت الحكومة الفدرالية الأمريكية مؤخراً تدرج القيمة النسبية لرسوم خدمات الأطباء المبنى على الموارد ، ليتم نظام رسوم المدفوعات المستقبلية للمستشفيات المبنى على المجموعات التشخيصية المرتبطة (DRG) . إضافة إلى ذلك ، لازال العمل مستمراً على دراسات الفعالية الطبية التى ستثمر عن أدلة الممارسة . هذه التغييرات التى أحدثتها الحكومة ، سيكون لها تأثيرات جوهرية على المدفوعات والممارسة الطبية فى نظام الرعاية الطبية الأمريكى الموجه إلى السوق أساساً . قد تمثل نظم التسعير المدبرة هذه عنصراً هاماً فى نظام رعاية طبية أمريكى يدار بالنطاق الشامل فى المستقبل ٠ ومايتبقى إلا تطبيق هذه النظم على جميع الممولين تحت ميزانية شاملة بدون سقوف على الإنفاق ، مع تركيز لقنوات الدفع ، تمثل النظم الجديدة مجموعة إضافية من الحوافز والقيود يواجهها مقدم الرعاية الصحية فى النظام ذى الإدارة الدقيقة .

لايمثل التقويم وفق معايير السوق أو التقويم السياسى أكثر من تقدير تقريبى لجودة عمل نظام الرعاية الطبية ، ويمثل كل منها توجهاً مختلفاً تماماً حيث يؤدى الأول إلى الطرف الذى يعظم السوق ، ويؤدى الثانى إلى الطرف الذى يضئل السوق ، من استمرارية سياسة الرعاية الصحية . وتستخدم الدول الغربية المتقدمة عناصر من كل منهما لقياس نظم رعايتها الطبية . ومن العجيب أنه من البلدين على الطرفين

المتناقضين فى استمرارية السوق ، تعرض بريطانيا الآن خيارات أكبر للمستهلكين فى نظامها العام فيما تواصل الولايات المتحدة التوسع فى التنظيم رداً على الضغوط السياسية لتغطية عدد أكبر من سكانها لضبط التكاليف .

المستوى واسع النطاق :

حاول الباحثون تفهم أبعاد نظم الرعاية الطبية بمقارنتها بنظم فى بلاد أخرى مشابهة سياسياً واقتصادياً ، ومع وجود مشكلات هامة فى المقارنات على مستوى النظام ، مثل قياس النتائج الصحية والاختلافات الثقافية والديموغرافية وانسجام البيانات إلا أن مثل هذه المقارنات تؤدى إلى طرح بعض الأسئلة عن كفاءة النظم الصحية وإنصافها ، وتحفز الاستعلام عن أسباب الاختلافات الرئيسية الملحوظة (Schiber and Poullier 1990) .

جمع الباحثون من منظمة التعاون والتطوير الاقتصادى (OECD) البيانات ، وحاولوا تطوير بيانات موحدة للصحة الدولية للدول الـ (٢٤) أعضاء المنظمة (Schiber and Poullier 1990) لاستحالة قياس نتائج الصحة بطرق حساسة لمدخلات الرعاية الصحية (نوقشت هذه المسألة بتفصيل فى الفصل الثانى) . تعتمد هذه المقارنات على قياسات إجمالية لمتوقع الحياة عند الولادة ووفيات الرضع والوفيات المحددة بسبب الموت . إضافة الى ذلك تتضاعف مشكلات قياس الكفاءة بصعوبة تحصيص النفقات العامة غير المباشرة فى المنظمات المعقدة متعددة المنتج ، مثل : المستشفيات والمجمعات الطبية متعددة التخصصات ، لذا تركز المقارنات على قياسات إجمالية للمدخلات مثل : عدد الأطباء والمرضات وعدد أسرة المستشفى وعلى المخرجات المتوسطة ، مثل : عدد زيارات الأطباء وعدد المنومين فى المستشفى .

وبعد توثيق حقيقة أن المستشفيات الأمريكية تستخدم كمية أكبر من التقنية المكلفة ، ورعاية أكثر تكثيفاً وتكلفة لكل يوم مستشفى ، وتستخدم أيضاً فترات إقامة أقصر بالمقارنة مع كندا وبلاد أوربة الغربية ، وقد لخص آرون (Aron 1991,86) الصعوبات فى تأويل البيانات كالتالى :

يبقى المحللون غير واثقين فى عدد الفروقات الدولية التى يمكن عزوها إلى اختلافات فى كثافة الخدمة ، أو السعر والتى يمكن عزوه إلى عوامل أخرى مثل : التركيبة العمرية للسكان أو الكفاءة فى نظام الرعاية الصحية . إن فرز الاختلافات فى التقنية التى تحسن النوعية ولكنها ترفع التكلفة من مجرد تغييرات فى السعر هى مهمة صعبة فى أفضل الأحوال ، وأحيانًا تكون مستحيلة لأنه لايوجد أسعار لأنواع كثيرة من الرعاية الطبية فى بعض البلدان .

كان الهدف الرئيسى لهذا الفصل شرح المفاهيم والأساليب الأساسية المستخدمة لتقدير كفاءة نظام الرعاية وهى : الكفاءة التحصيصية والكفاءة الإنتاجية ، حيث تعنى الكفاءة التحصيصية بتحقيق أعلى قيمة كلية من الموارد المحدودة المتاحة للمجتمع خلال فترة زمنية محددة . ويتطلب ذلك أن يختار المجتمع الخليط «الصحيح» ذو القيمة المرغوب فيها من السلع والخدمات وأن تنتج بأقل تكلفة (تعظيم الكفاءة الإنتاجية) . مع عدم كمالها فى التطبيق الواقعى فقد طور المحللون كلاً من الأسلوب الدقيق والأسلوب واسع النطاق لتقدير الكفاءة . وتشمل المنهجيات الدقيقة نظريات الاقتصاد الدقيق المعيارية للسوق بما فيها دالات الإنتاج والتكلفة كما تطبق فى الرعاية الطبية . ويستخدم أيضًا أساليب من تحليلات منفعة التكلفة وفعالية التكلفة لفحص كفاءة منهجيات الإنتاج وتحصيص الموارد لبرامج وخدمات صحية محددة . ومكنت البيانات الشاملة عن بلدان منظمة التعاون والتطوير الاقتصادى (OECD) من إجراء المقارنات التقريبية بين البلدان على المستوى واسع النطاق من حيث الإنفاق والاستخدامات والمؤشرات الصحية للسكان . رغم صعوبة التقويم ومحدوديته بسبب تعقيدات وغموض الرعاية الطبية ، أجريت دراسات عديدة على الكفاءة فى الولايات المتحدة وبلدان أخرى . ويعرض الفصل الخامس تلخيصًا مختاراً للدليل على كفاءة نظام الرعاية الطبية الأمريكى .

ملاحظات :

١ – لشرح مفصل لأعمال باريتو راجع (Kohler, 1990 PP 484- 519) .

٢ – تشير كلمة «هامشى» إلى الوحدة التالية من السلع والخدمات التى يأخذها المستهلك بالاعتبار ويختلف هذا عن متوسط القيمة الكلية لجميع الوحدات المستهلكة ، ولن يشترى المستهلك «العقلانى» الوحدة التالية من السلع والخدمات إذا أدرك أن منفعة هذه الوحدة التالية ستكون أقل من تكلفتها .

٣ – حتى على المستوى الثالث المعقد من الرعاية الصحية ، سلَّم الأطباء ، إن لم يشجعوا ، دوماً بحق المريض فى أن يكون عضواً فى فريق اتخاذ القرار عند التفكير فى سبل عمل بديلة تشمل مستويات متفاوتة من الخطورة أو المنفعة أو التكلفة .

ويتم الآن دمج قيم المريض بالكامل مع المعلومات السريرية فى دراسات نتائج المرضى (Barry et al 1988) .

المراجع :

- Aaron, H. 1991. Serious and Unstable Condition: Financing America's Health Care. washington, DC: Brookings Institution.
- Agency for Health Care Policy and Research. 1991 Report to Congress: Progress .
- Research on Outcomes of Health Care Services and Procedures. AHCPR Pub. No. 91-0004 Rockville, MD: Agency for Health Care Policy and Research.
- American Hospital Association 1993. Economic Trends 8 (4): 11.
- Anderson, O. W. 1989. The Health Services Continuum in Democratic States. Ann Arbor: Health Administration Press.
- Arrow,K. J. 1963. Social Choice and Individual Values. New Haven: Yale University Press.
- Barry, M., A. Mulley F.Fowler, and J. wennberg. 1988. "Watchful Waiting vs. Immediate Transurethral Resection for Symptomatic Prostatism: The Importance of Patients' Preferences."Journal of the American Medical Association 259: 3010 - 17 .
- Bognanno, M. F., and J. C. Bartlett. 1971. "On the Demand versus Need for Medical Services and the Concept Of Shortage." American Journal of Public Health 61: 46 - 64.
- Byrns, R. T., and G. W. Stone. 1987. Economics. IL: Scott, Foresman and Co.
- Culyer, A. J., A. Maynard, and J. Posnett. 1990. "Reforning Health Care: An Introduction to the Economic Issues." In Competition in Health Care: Reforming the NHS, edited by A. J. Culyer, A. K. Maynard, J. W. Posnett, 1-11. London: Macmillan Press.
- Davis, K., G. F. Anderson, D. Rowland, and E. P. Steinberg. 1990. Health care Cost Containment. Baltimore and London: Johns Hopkins University Press.
- D'Intignano, B. M. 1990 "Incentives in Health cane Management" 2nd World Congress on Health Economics, Zurich, Switzerland.
- Dowling. W. 1974. "Prospective Reimbursement of Hospitals."Inquiry 11: 163 - 80.
- Drummond, M. F., G. L. Stoddart, G. W. Torrance. 1987 Methods for Economic Evaluation of Health care Programmes. Oxford : Oxford University Press.
- Eddy, D. 1991. "Clinical Decision Making: From Theory to Practice- What's Going On in Oregon?" Journal of the American Medical Association 266: 417 - 20.
- Enthoven, A. 1990. "What can Europeans Learn from Americans?" In Health Care Systems in Transition, 51-71. Paris: Organization for Economic Cooperation and Development.
- Enthoven, A., and R. kronick. 1989 "AConsumer- Choice Health Plan for the1990os: Universal Health Insurance in a System Designed to Promote Quality and Economy," New England Journal of Medicine 320 : 29-37.
- Evans, R. 1986. "finding the Levers, Finding the Courage: Lessons from cost Containment in North America." Journal of Health Politics, Policy and Law 11: 585 - 614.

- Evans, R., and G. Stoddart.1990, "Producing Health, Consuming Health Care" Social Science and Medicine 31: 1347- 63.

- Falk, I. S., C. R. Rorem, and M. D. Rin. 1933 The Cost of Medical care Chicago: University of chicago Press.

- Feldstein, P. J. 1988. Health Care Economics. New York: John Wiley & Sons.

- Freund, D., L.Rossiter, P. Fox, J. Meyer, R. Hurley, T, Carey, and J. Paul. 1989. "Evaluation of the Medicaid Competition Demonstrations." Health Care Financing Review 11 (2) : 81-97.

- Fuchs, V. 1972 "Health Care and the United States Economic System:An Essay in Abnormal Physiology ." Milbank Memorial fund Quarterly 50: 211- 37 General Accounting Office. 1991. Canadian Health Insurance: Lessons for the United States. GAO/HRD-91 -90. Washington, DC: U.S. General Accounting Office.

- ___1993. Health Care: Rochester's Community Approach Yields Better Access, Lower Costs. GAO/HRD - 93-44 Washington, DC:U.S. General Accounting office.

- Hadorn, D. 1991. "Settng Health Care Priorities in Oregon: Cost- Effectiveness Meets the Rule of Rescue. "Journal of the American Medical Association 265: 2218 - 25.

- Health Insurance Association of America. 1990. Source Book of Health Insurance Data. Washington, DC: Health Insurance Association of America.

- Jonsson, B. 1990 "What Can Americans Learn from Europeans?" In Health Care Systems in Transition. Paris: Organization for Economic Cooperation and Development.

- Kahn, K. L., L. V. Rubenstein, D. Draper, J. Kosecoff, W. H. Rogers, E. B. Keeler, and R. H. Brook. 1990 "Comparing Outcomes of Care Before and After Implementation of the DRG- based Prospective Payment System." Journal of the American Medical Associatior 164: 1984-88.

- Kaplan, R. M., and J. P. Anderson. 1988. "A General Health Policy Model : Update and Applications." Health seruices Research 23: 203 - 35.

- Kessel, R. 1958. "price Discrimination in Madicine" Journal of Law and Economics 1 (1) : 20 - 53.

- Kohler, H. 1990. Intermediate Microeconomics, 3rd ed. Glenview, IL: Scott, Foresman and Co.

- Leibenstein, H. 1966. "Allocative Efficiency Vs. "X-Efficiency": American Economic Review 56: 392 - 415.

- Levit, K. R., H. C. Lazenby, C. A. Cowan, and S. W. Letsch. 1991. "National Health Expenditures 1990. "Health Care Financing Review 13 (1) : 29-54.

- Moloney, T. W., and D. E. Rogers. 1979."Medical Technology - A Different View of the Contentious Debate over Costs. "New England Journal of Medicine 301: 1413 - 19.

- Moon, M., and J. Holahan. 1992 " Can States take the Lead in Health Care Reform?" Journal fo the American Medical Association 268 : 1588 - 94.

- OECD Health Data: A Software Package for the International Comparison of Health Care Systems. 1991. Ver. 1.01 jParis: Organization for Economic Cooperation and Development.

- Office of National Cost Estimates. 1990. "National Health Expenditures 1988." Health Care Financing Review 11(4): 1 - 41.

- Organization for Economic Cooperation and Development. 1987. financing and Delivering Health Care. sps No. 4. paris: Organization for Economic Cooperation and Development.

- Pear, R. 1991. "covemnment Seeks New Cost Control on Medicare Plan."New York Times 9 June: 1, 14.

- Reinhardt, u. E. 1987. "A Clarification of Theories and Evidence on Supplier- Induced Demand for pnysicians' Services."Journal of Human Resources 22: 621- 23.

- ___ 1990. "What Can Americans Learn from Europeans?" In Health Care Systems in Transition, 195 - 12. paris: Organization for Economic Cooperation and Development.

- Robinson, J. C., and H. F. Luft. 1985. "The Impact of Hospital Market Structure on Patient Volume,Length of Stay, and cost of Care 1972- 82"Journal of Health Economics 4: 333- 56.

- ___ 1987. "Competition and the Cost of Hospital Care 1972- 82." Journal of the American Medical Association 257: 3241- 450

- ___ 1988. "Competition, Regulation, and Hospital Costs 1982- 1986" Journal of the American Medical Association 260:2676- 81.

- Russell, L. 1989. Medicare's New Hospital Payment System: Is It Working? Washington, DC: Brookings Institution.

- Schieber, G. J., and J. P. Poullier. 1990. "Overview of International Comparisons of Health Care Expenditures." In Health Care Systems in Transition, 9 - 15. paris : Organization for Economic Cooperation and Development.

- Schwartz, W., and D. Mendelson. 1991. "Hospital Cost Containment in the 1980s:

- Hard Lessons Learned and Prospects for the 1990s." New England Journal of Medicine 324: 1037- 42.

- Stokey E., and R. Zeckhauser. 1978. A Primer of Policy Analysis New York : W. W. Norton & Co.

- Swint, J. M. 1990. International Summit on the Economic Impact of Health Care Systems. Houston : University of Texas Health Science Center, Health Policy Institute.

- Torrance, G. W., M. H. Boyle, and S. P. Horwood 1982. "Application of Multiattribute Utility Theory to Measure Social Preferences for Health States." Operations Research 30: 1043-59.

- Warner, K. E., and B. R. Luce. 1982. Cost-Benefit and Cost-Effectiveness Analysis in Health Care. Ann Arbor: Health Administration Press.

- Williams, A. H. 1974. "Need as a Demand Concept (with Special Reference to Health). "In Economic Policies and Social Goals: Aspects of Public Choice, edited by A. J. Culyer, 60-76. London: Martin Robertson.

- ___ 1990. "Ethics, Clinical Freedom and the Doctor's Role "In Competition in Health Care: Reforming the NHS, edited by A. J. Culyer, A. K. Maynard, adn J. W. Posnett, 178-91. London: Macmillan Press.

- Woolhandler, S., and D. Himmelstein. 1991. "The Deterioating Administrative Efficiency of the U.S. Health Care System."New England Journal of Medicine 324: 1253 - 58

- Zwanziger, J., and G. Melnick. 1988 "The Effects of Hospital Competition and the Medicare PPS Program on Hospital Cost Behavior in California." Journal of Health Economics 7: 301-20.

الفصل الخامس

الكفاءة : دليل وتطبيق

يفحص هذا الفصل الدليل على كفاءة نظام الرعاية الطبية الأمريكى وبخاصة ، العلاقة بين مدفوعات الأطباء والكفاءة . ويراجع الفصل كلاً من الدليل الدقيق ، أى ، متوسط كفاءة الأطباء والمستشفيات والمؤسسات التأمينية بالمقارنة بأدنى تكلفة يمكن تحقيقها . والدليل واسع النطاق ، أى أداء نظام الرعاية الطبية الأمريكى بالمقارنة مع الدول الغربية الأخرى .

الدليل المرتبط بكفاءة الرعاية الطبية :

الكفاءة التحصيصية :

كان الاستنتاج الأساسى فى الفصل الثالث أن علاقة الرعاية الطبية بالصحة قد تكون طفيفة بالمقارنة مع علاقة الوراثة والبيئة والسلوك . لذا طالما خشى الناقدون دوماً من أن البلاد المتقدمة الحديثة تحصص أكثر مما ينبغى من الموارد لتوفير خدمات الرعاية الصحية الشخصية ، وأقل ماينبغى من الموارد للنشاطات التى من شأنها أن تحسن البيئة الطبيعية والاجتماعية (Fuchs 1974, Mckeown 199) . هذا القلق هو فى صميم الحوار بين الطب والصحة العامة ، ويلخص مكيون (Mckeown 199 , 85) موقف الصحة العامة فيما يلى :

> إن ماتحتاجه الخدمات الصحية بشكل عام هو تعديل فى توزيع الاهتمام والموارد بين الوقاية من المرض ، والعناية بالمرضى الذين يتطلبون التقصى والعلاج ، والعناية بالمرضى الذين يتطلبون التدخل الفعلى . وعلى مثل هذا التعديل أن يلقى اهتماماً بالغاً إلى محددات الصحة الرئيسية : أى الغذاء والبيئة التى عامة ستكون فى أيدى المختصين ، والسلوك الشخصى الذى يجب أن يكون موضع اهتمام كل طبيب ممارس .

لقد كانت التحسينات العظيمة فى الصحة على مر الزمن عائدة إلى احتياطات الصحة العامة التى أمكن تطبيقها بسبب التطور والنمو الاقتصادى ، حتى بالنسبة للاكتشافات والتقدم الطبى فى علاج الأمراض المعدية الفتاكة فإن تقديم الخدمات الطبية الشخصية تلكأ خلف الانخفاض فى معدلات حدوث المرضى (Mckeown and Lowe 1974) . بعد مراجعة بيانات تاريخية عن الطب والصحة ، استنتج ماكيون ولو أن الجهود الوقائية والعلاجية المحددة لعبت دوراً هامشياً فى خفض الوفيات ، من القرن الثامن عشـــر حتى الحاضر . فقد كان أهم العوامل المؤدية إلى هذا التحسن هو التحسين فى التغذية من بداية القرن الثامن عشر ، والحد من النمو السكانى ، والتحسن فى النظافة ، فى نهاية القرن التاسع عشر .

وقد أشار إيفانز وستودارت (Evans and Stoddart 1990) إلى أن الإنفاق على الرعاية الطبية قد ارتفع إلى الدرجة التى قد يؤدى فيها إلى انخفاض فى المستوى الصحى للسكان ، لأنه يأخذ الموارد من قطاعات أخرى مثل : التعليم والإسكان والبيئة ، والتى تساهم مساهمة إيجابية نحو الصحة ، ويستخدم هذه الموارد عوضاً عن ذلك فى الخدمات الطبية التى يكون لها التأثير الطفيف أو لاتأثير ألبتة على الصحة . هذا إن لم تؤثر تأثيراً سلبياً . ولكن على الرغم من الناقدين فإن الطب الحديث يقدم فعلاً منافع عديدة ، وعليه طلب عظيم فى جميع أنحاء العالم ، إلا أنه هناك قلق من أننا ننفق أكثر مما ينبغى على العلاج ، وأقل مما ينبغى على الخدمات الوقائية ، فعلى سبيل المثال استهلك المواطنون فى الخامسة والستين من العمر أو أكثر حوالى (٣٥٪) من الإنفاق على الرعاية الصحية فى عام ١٩٨٤م (Waldo and Lazenby 1984) . ومثل الـ (٥,٩٪) من مستفيدى مديكير (Medicare) الذين لقوا حتفهم فى عام ١٩٧٨م (٢٨٪) من تعويضات مديكير المصروفة على الرعاية الطبية مع وقوع (٦٠٪) من هذا الإنفاق فى الثلاثين يوماً الأخيرة من حياة المرضى (Lubitz and Prihoda 1984) . وقد أثار ذلك التساؤلات عن إمكانية سوء تحصيص الموارد الطبية النادرة (Scitovsky 1988) ، إلا أن مهارات الأطباء التكهنية لازالت عاجزة عن تحديد من من الناجين كان سيموت لولا الرعاية التى تلقاها (Webster and Berdes 1990) . بينما تبدو أنماط الإنفاق التى تدعم العلاج ، غير منطقية من وجهة نظر السياسة العامة ، إلا أنها تبدو عقلانية من منطلق

حرية المستهلك والخيار الفردى . ومن أسباب استهلاك القليل من الرعاية الصحية الوقائية هو عدم شملها ضمن الخدمات المؤمنة حيث يلائم التأمين الأحداث غير المتوقعة والمكلفة عند حدوثها ، وفى الغالب فإن الخدمات الوقائية قليلة التكلفة ويمكن التخطيط لها ، كما أنه من المنطقى أن يرتفع طلب الأشخاص على الخدمات الصحية عند إصابتهم بالمرض ، حتى لوكان تأثير هذه الخدمات مشكوك فيه ، وكذلك ينخفض الطلب على الخدمات الوقائية عندما يكونون أصحاء .

عندما حاولت ولاية أوريغون تعيين أولويات للخدمات الصحية وتمويلها وفق فعالية التكلفة ، رفض المواطنون هذا الترتيب لأن النظام المقترح رتب بعض الخدمات الفعالة التى بإمكانها إنقاذ الأرواح ، إلا أنها لن تنفع إلا عدداً قليلاً من الناس ، مثل : عمليات استئصال الزائدة الدودية ، فى مستوى أقل من مستوى الخدمات التى تؤدى تحسناً صغيراً فى جودة الحياة لأشخاص عديدين مثل تتويج الأسنان (Hadorn 1991) . ويعزى رفض نموذج فعالية التكلفة العقلانى إلى «قانون النجدة» (Jensen 1986) الذى ينص على أن الناس غير قادرين على البقاء بلا حركة عندما تكون حياة شخص معروف لديهم مهددة وبإمكانهم عمل شىء حيال إنقاذ حياته ، وهذا صحيح حتى عندما تكون التكلفة كافية لاستثمارها فى برامج وقائية تنقذ حياة البعض فى المستقبل وغير معروفين لديهم . نحن كدولة قد ننفق أكثر مما ينبغى على الخدمات الصحية الشخصية ، إلى حد إهمال نواحٍ أخرى قد يكون تأثيرها على الصحة أهم . فقد بلغ إنفاق الصحة الوطنية فى عام ١٩٩٠م ٦٦٦.٢ بليون دولار ، منها ٥٨٥.٣ بليون دولار (٨٧.٩ ٪) على الرعاية الصحية الشخصية ، و ١٩.٣بليون دولار (٢.٩٪) كانت للنشاطات الحكومية فى الصحة العامة ، و ١٢.٤ بليون دولار (١.٩٪) كانت للبحوث والتطوير .

أما باقى الإنفاق فكان على إدارة البرامج وصافى تكلفة التأمين الصحى الخاص بواقع ٣٨.٧ بليون دولار (٥.٨٪) ، وللإشارات بواقع ١٠.٤ بليون دولار (١.٦٪) (Levit et al 1991) . وتفيد إدارة الخدمات الصحية والإنسانية (Depeintwent of Health and Human Serias 1990) عن تخصيص ٤.٩ بليون دولار للنشاطات الوقائية فى عام ١٩٨٧م ، و٥.٢ بليون دولار فى عام ١٩٨٨م ، وقد حدث مؤخراً تبدلاً نحو المزيد من

التعويض المالى للخدمات الوقائية وتقديمها ، ومما ساهم فى ذلك ، النمو المستمر فى أعداد منظمات الحفاظ على الصحة (HMO) التى تقدم - عادة - مجالاً واسعًا من الرعاية الوقائية . وتغطى هذه المنظمات الآن (١٣٪) من السكان ، ولازال ممولو الخدمة الصحية ينظرون إليها لتقديم المدخل للرعاية الشاملة مع ضبط التكاليف . وقد استخدمت دراسات الفعالية ودراسات فعالية التكلفة (Eddy 1980) لاختيار الخدمات الوقائية التى يجب أن يغطيها التأمين الصحى (Preventive Services Task Force 1989) . وقد أصدرت اتحادات الصليب الأزرق والدرع الأزرق أدلة لقائمة من الاختبارات الطبية على مدى الحياة لتقصى الأمراض لدى الراشدين . وسيتم التأمين على الخدمات الوقائية إذا اختار المشتركون دفع تكلفة إضافية بحوالى ٩٠ دولارًا سنويًا للأسرة ، أو ٣٦ دولاراً للشخص (Pear 1991) . وتغطى مديكير الآن خدمات وقائية مثل : المسوحات الصحية والتحصين والرعاية الوقائية للأسنان فى ولايات عديدة . هناك قلق من سوء التحصيص ، حتى ضمن العلاج وذلك نحو الإجراءات الفنية وبعيداً عن الخدمات التى تحسن وعى الناس بمشكلاتهم الصحية وما يمكنهم عمله لتحسينها أو تفاديها فى المستقبل . وبسبب نظام الادعاء القضائى فى قضايا التقصير فى أداء المهمة الطبية ، والتعويض عنه ، يضطر الأطباء إلى أداء إجراءات مثل العمليات الجراحية والاختبارات التشخيصية ، وقضاء وقت أقل فى أخذ التاريخ المرضى وتقديم التثقيف الصحى وتقديم المشورة التحفيزية للمرضى (الخدمات الإدراكية) (Cognitive Services) . وتوفر الاختبارات الشاملة التوثيق الذى يمكن استخدامه فى قضايا المسئولية القانونية الطبية ، وتوفر مع إجراءات أخرى تعويضاً أكبر لكل وحدة وقت بالمقارنة مع الخدمات الإدراكية (Hsiao et al 1988) ، وتتفاقم هذه المشكلة بملكية الأطباء للمعدات التشخيصية والمختبرات (Hillman et al 1990) .

بما أنه لأغلب الأمراض عنصر سلوكى ، وبإهماله ، تهمل واحدة من أهم جوانب الرعاية بالمريض ، وقد تكون من أكثرها فعالية ، وبالتركيز على الإجراءات عوضاً عن إعطاء المرضى المشورة وتثقيفهم .

تجربة راند فى التأمين الصحى :

ناقشت تجربة راند للتأمين الصحى التى أشيرإليها فى الفصل الثالث ، الكفاءة التحصيصية للتأمين المشترك فى بيئة نظام تمويل وتقديم الرعاية الطبية الأمريكى ، وقد فحصت هذه الدراسة تأثير الدفعات المشتركة (Copayments) على استخدامات خدمات الرعاية الطبية ، والإنفاق عليها ، وكذلك الدرجة التى تؤثر فيها زيادات الاستخدام المرتبطة بالرعاية «المجانية» على الوضع الصحى . وكانت النتيجة الأساسية أن الرعاية المجانية ، بالمقارنة مع مستويات أعلى من الدفعات المشتركة أدت إلى ارتفاع الإنفاق بحوالى (٥٠٪) بدون أى تأثير يذكر على المستوى الصحى للشخص العادى . إلا أن الذين كانوا - سواء - مصابين بالمرض ، أو فقراء ، نالوا عند اشتراكهم استفادة هامة فى المستوى الصحى من زيادة الاستخدام .

إن خفض الأسعار للمستهلك العادى إلى مستويات أقل من تكلفة الإنتاج يؤدى إلى استهلاك خدمات قيمتها الهامشية أقل من تكلفة الإنتاج الهامشية (وبدون تأثير يذكر على الصحة) ، هذه هى الحالة الأساسية لسوء تحصيص الموارد ، وتشير إلى إمكانية الحصول على منافع أكثر من الموارد لو حصصت إلى نواحٍ أخرى . بتطبيق إطار حرية المستهلك على نتائج تجربة التأمين الصحى قدر مانتج وآخرون (Manning etal 1987) أنه من المئتين بليون دولار التى أنفقها سكان الولايات المتحدة ، تحت سن الخامسة والستين ، على الرعاية الصحية فى عام ١٩٨٤م تقع خسارة فى الصالح العام (تحصيص الموارد والإجراءات أو خدمات بدون منفعة أو ذات منفعة محدودة) بمقدار يتراوح من ٣٧ بليونًا إلى ٦٠ بليون دولار بالانتقال من خطة التامين بالدفعات المشتركة بواقع (٩٥٪) ، ذات حد أقصى للمدفوعات المباشرة من المشترك لاتتعدى ١٠٠٠ دولار ، إلى الرعاية المجانية . أى أن هذه هى مبالغ الإنفاق الإضافى المقدرة التى كانت ستنفق على خطة تأمين الرعاية المجانية ، آخذين بالاعتبار ، القيمة الهامشية المنخفضة لخدمات الرعاية الطبية الإضافية التى كانت ستستخدم .

ويشير المؤلفون إلى أن بعض الافتراضات القديمة التى يتطلبها الحصول على هذا التقدير ، قد لاتصح الآن وبالتالى قد تؤدى إلى تقدير مبالغ فيه للخسائر . إلا أن هذا غالبًا يكون أكثر من معوض عنه . ويكون التقدير يتجاهل الحوافز لاستخدام التقنيات

الحديثة المرتبطة بخطط وبرامج التأمين الأكثر كرماً ، إذ تستخدم التقنية الحديثة غالباً بطرق تنتج منافع هامشية منخفضة للمرضى ، مقارنة بالتكلفة وبالتالى تزيد من خسائر الصالح العام .

ارتكز تقدير خسارة الصالح العام آنف الذكر على تركيبة نظام الرعاية الطبية الأمريكى الحالية بما فيها مزيج فى الصفات النظامية والتنافسية ، إذ لايمثل هذا التغيير تنبؤ التأثيرات إعادة جذرية لهيكلة نظام تقديم وتمويل الرعاية الطبية ليشابه النظم الكندية والأوربية . فيما توفر تلك النظم التغطية للنفقات الأولية ، إلا أنها لاتشمل أسقف الميزانية ، وضوابط لحجم الخدمة ، وضوابط صارمة للإنفاق الرأسمالى على تقنية ومرافق الرعاية الصحية . يتبلور منظور هام على النظام الأمريكى بمقارنة إنفاقنا واستخدامنا وتغطيتنا والنتائج الصحية لدينا ، مع تلك الموجودة فى البلاد الديموقراطية الصناعية الأخرى ، حيث غالباً لاترتبط الفروقات بوضوح مع السياسة الصحية ، إلا أنها تثير التساؤلات عن أداء نظامنا والأهداف التى يمكن تحقيقها .

الدليل على المستوى واسع النطاق (Macro Evidence)

وفرت منظمة التعاون والتطور الاقتصادى (OECD) ، بيانات شاملة عن الوضع الصحى واستخدامات الرعاية الصحية والموارد الصحية والإنفاق على الرعاية الصحية للدول الـ (٢٤) الأعضاء ، وهى بلاد ديموقراطية تتراوح من قوى اقتصادية مثل : الولايات المتحدة واليابان ، إلى بلاد أصغر ذات إنجازات اقتصادية متواضعة مثل : اليونان والبرتغال ، ومع وجود بعض المشكلات فى مقارنة البيانات بين الدول (Schieber and poillier 1990) إلا أن الفروقات بين الولايات المتحدة والدول العظمى الأخرى تتطلب التفسير ، وتثير التساؤلات عن كفاءة النظام الأمريكى .

يبين الجدول (١-٥) مقارنة بين سبع من الدول الصناعية العظمى من أعضاء منظمة التعاون والتطور الاقتصادى وهى كندا وفرنسا وألمانيا وإيطاليا واليابان والمملكة المتحدة والولايات المتحدة .

حيث كرست الأخيرة (١١,٢٪) من الناتج المحلى للرعاية الصحية فى عام ١٩٨٧م وبذا تكون أنفقت (٢,٦) نقطة مئوية أكثر من كندا التى تحتل المركز الثانى . وكان مبلغ الإنفاق على الرعاية الصحية ٢٠٥١ دولاراً أمريكيًا للفرد فى عام ١٩٨٧م أى أكثر من كندا بحوالى (٤٠٪) و(٢,٧) أضعاف المملكة المتحدة التى تحتل المرتبة السابعة . ولم يقابل هذه الفجوة الشاسعة فى الإنفاق أى تميز للنتائج الصحية فى الولايات المتحدة بل كان معدل وفيات الرضع فيها أعلى من الدول السبع الأخرى ، وكانت أرقام متوقع الحياة عند الولادة أقل من معظم الدول الأخرى . وعلاوة على ذلك كانت الولايات المتحدة البلد الوحيد الذى يفتقر فيه جزء كبير من السكان أى أكثر من ٣٥ مليون شخص إلى التأمين الصحى .

إضافة إلى القلق لسوء تحصيص الموارد إلى خدمات تؤدى منفعة منخفضة بالنسبة للتكلفة ، هنالك قلق من أن خدمات الرعاية الطبية ذات جودة معينة لاتقدم بأقل سعر ممكن ، وفيما يصعب تحديد أساليب ومعايير الإنتاج الأقل تكلفة ممكنة للخدمات الطبية ، إلا أن عدداً من الدراسات أظهرت الدليل على لاكفاءة الإنتاج .

الكفاءة الإنتاجية

بخلاف النماذج التخطيطية التى تستخدم نسبة ثابتة من الأطباء وأسرة المستشفى لكل ١٠٠٠ من السكان ، فبالإمكان تقديم خدمات الرعاية الطبية بطرق عديدة مختلفة وتركيبات مختلفة من القوى العاملة ، ورأس المال ، وأحجام وحدات الإنتاج ، ومواقع تقديم الخدمة . وتتحقق الكفاءة الإنتاجية عندما تكون وحدات الإنتاج بالحجم المثالى .

الجدول (١-٥) : بيانات نظم الرعاية الصحية المقارنة لسبع دول صناعية ١٩٨٧م .

إنفاق الرعاية الصحية كنسبة من الناتج المحلى	إنفاق الرعاية الصحية للفرد بالدولار الأمريكى	السكان بدون تأمين	نسبة السكان المؤهلة للتأمين العام للرعاية بالمستشفى	وفيات الرضع لكل ١٠٠٠ ولادة حية	متوقع الحياة عند الولادة بالسنين ذكور	إناث
الولايات المتحدة ١١,٢	٢٠٥١	٣٥ مليوناً	٤٣	١٠,٠	٧١,٥	٧٨,٣
كندا ٨,٦	١٤٨٣	٣٥ مليوناً	١٠٠	٧,٩	٧٣,٠	٧٩,٨
فرنسا ٨,٦	١١٠٥	٣٥ مليوناً	٩٩	٧,٦	٧٢,٠	٧٨,٧
ألمانيا الغربية ٨,٢	١٠٩٣	٣٥ مليوناً	٩٢	٨,٣	٧١,٨	٨٠,٣
إيطاليا ٦,٩	٨٤١	٣٥ مليوناً	١٠٠	٩,٦	٧١,٦	٧٨,١
اليابان ٦,٨	٩١٥	٣٥ مليوناً	١٠٠	٥,٠	٧٥,٦	٨١,٤
المملكة المتحدة ٦,١	٧٥٨	٣٥ مليوناً	١٠٠	٩,١	٧١,٩	٧٧,٦
المتوسط ٨,١٪	١١٧٨ دولاراً	٣٥ مليوناً	٩١٪	٨,٢	٧٢,٥	٧٩,٢

المصدر Organization for Economic Cooperation and Development 199 .

ويكون مزيج المدخلات بحيث يصبح المنتج الهامشى لكل دولار من التكلفة متساو لجميع المدخلات ، آنذاك فقط تنخفض التكلفة إلى الحد الأدنى لمستوى معين من مخرجات الخدمات الطبية .

أجرى الاقتصاديون وباحثو الخدمات الصحية الآخرون عدداً كبيراً من الدراسات على الكفاءة الإنتاجية بالتركيز على حجم ومزيج القوى العاملة فى عيادات الأطباء ، وعدد أسرة مستشفيات المجتمع ، وتقديم خدمات التنويم مقابل خدمات العيادات الخارجية وإدارة التأمين الصحى ، وبدرجة أقل على اقتصاديات الوفرة (Economies of Scale) لتقنية منفردة مثل عملية تخطى الانسداد التاجى (Coronary bypass Surgery) . (Ludbrook 1987)

خدمات الأطباء :

اتخذ راينهاردت (Reinhardt 1972) وسميث وميلر جولاداى (Smith, Miller and Golladay1972) اتجاهات تحليلية مختلفة لدراسة الاستخدام الأفضل لمساعدى الأطباء ،

إلا أنهم توصلوا إلى نفس الاستنتاج ، وهو أن باستطاعة الأطباء رفع إنتاجية عياداتهم وتخفيض التكلفة لمراجعة العيادة وذلك بتوظيف أكبر عدد من المساعدين . فقد وجد راينهاردت باستخدام البيانات القومية لعام ١٩٦٧م أنه بإمكان بعض الأطباء المنفردين توظيف أربعة مساعدين بدلاً من اثنين ، ويرفعون عدد مراجعات المرضى (٢٥٪) . وكذلك وجد سميث وميلر وجولاداى أن إضافة مساعد طبيب واحد لعيادة الرعاية الأولية ، قد يرفع الإنتاجية بمقدار من (٤٩٪) إلى (٧٤٪) أى بزيادة من ١٤٧ مراجعة أسبوعية إلى ٢٦٥ مراجعة أسبوعية . وكرر براون (Brown 1988) دراسة راينهاردت مستخدماً البيانات القومية لعام ١٩٧٦م الأكبر حجماً من التى استخدمها راينهاردت ووجد أنه بالمتوسط كان أطباء المجموعات أكثر إنتاجية من الأطباء المنفردين بحوالى (٢٢٪) وأن الأطباء لايستخدمون المساعدين بكفاءة ، بعد دراسة راينهاردت توسع الأطباء فى توظيف المساعدين إلى درجة توظيف أعداد من الكتبة الإداريين والفنيين أكثر من اللازم ، فقد وظف الأطباء ١,٥٤ مساعد لكل طبيب ، فى عام ١٩٧٠م ، و٢,٢٥ مساعد لكل طبيب فى عام ١٩٧٨م . وكانت العيادات الجماعية فقط ، توظف العدد الكفء من مساعدى الأطباء ، وقد يكون ذلك مصدر فهم للتميز فى الكفاءة الذى تتمتع به مثل هذه العيادات . وانخفض توظيف المساعدين منذ دراسة براون إلى ١,٧٤ مساعد لكل طبيب فى عام ١٩٨٥م ممايشير إلى أن كفاءة عيادات الأطباء قد ارتفعت .

استنتجت الدراسات على اقتصاديات الوفرة فى عيادات الأطباء ، أن عيادات المجموع هى أكثر كفاءة من العيادات الانفرادية التقليدية . راجع لى (Lee 1990) أدبيات البحوث مراجعة نقدية ، على اقتصاديات عيادات المجموع مستنتجاً أننا نعرف القليل عن اقتصاديات هذه العيادات ، وأن النماذج المفاهيمية الحالية خاطئة . وتشير المسوحات إلى أن معظم عيادات المجموع يمتلكها الأطباء ، وأن الموارد تخصص تعاونياً وليس من الأطباء المنفردين ضمن كل مجموعة . وقد ركزت النماذج المفاهيمية على قصور حوافز الإنتاجية التى يواجهها الأطباء فى المجموعات . إلا أنه من غير المحتمل أن يسبب ذلك مشكلات هامة لأن القرارات تتخذ بشكل جماعى تعاونى . وتشكو الدراسات التجريبية من عدم ضبط العوامل التى قد تؤثر على الكفاءة فى العيادات الطبية الجماعية ، ومن أهم هذه العوامل فشل هذه الدراسات فى تقصى

الفروقات فى جودة ومزيج الخدمات المقدمة فعلاً بدقة . كان هناك ١٦٥٧٩ عيادة طبية جماعية فى عام ١٩٨٨م فى الولايات المتحدة ، شكلت (٣٠٪) من جميع الأطباء غير الفدراليين (American Medical Association 1990) ووجد راينهاردت (Reinhardt 1975) أن الأطباء فى العيادات الجماعية يقدمون مراجعات أكثر بمقدار (٥٪) وينتجون حسابات أكبر بمقدار (٥,٦٪) من الأطباء الانفراديين .

وفى حالة دراسية وجد نيوهاوس (Newhouse 1973) أن بعض اقتصاديات الوفرة (Economies of Scale) (وهى ميل متوسط التكلفة إلى الانخفاض مع ارتفاع حجم الإنتاج) تذهب إلى العيادات الجماعية ، إلا أن هذا التوفير ، يعادله تكلفة أكبر مرتبطة بلاكفاءة – (X-Inefficiency) وذلك بسبب ترتيبات المشاركة فى العيادات الجماعية ، حيث لايميل الأطباء إلى الحفاظ على الموارد .

استخدم تحليل البقاء (Survivor Analysis) لتقصى اقتصاديات الوفرة فى عيادات الأطباء (Frech and Ginsberg 1974; Marder and Zuckerman 1985) . ومثل هذا التحليل يعتبرأن حجم العيادة الأكثر نمواً فى فترة زمنية محددة ، هو أكثرها كفاءة . وقد كان عدد العيادات الجماعية ينمو بالمقارنة مع العيادات الانفرادية خلال الفترة من ١٩٦٥م إلى ١٩٨٨م مشيراً الى أن العيادات الجماعية أكثر كفاءة من العيادات الانفرادية (American Medical Association) . ووجد فريش وجينربرج (Frech and Ginsberg 1974) أنه خلال الفترة من ١٩٦٥م إلى ١٩٦٩م كانت العيادات الانفرادية عديمة الكفاءة تماماً ، وأن العيادات الجماعية الصغيرة التى تحوى من ثلاثة إلى سبعة أطباء ، والعيادات الجماعية الكبيرة التى تحوى أكثر من ٢٦ طبيباً كانت الأكثر كفاءة . كما وجد ماردرىوزكرمان (Marder and Zuckerman 1985) أيضاً أن العيادات الجماعية هى الأكثر كفاءة خلال الفترة من ١٩٦٥م إلى ١٩٨٠م .

لقد تغيرت الممارسة الطبية والتقنية تغيراً جذرياً خلال الخمس وعشرين سنة الماضية ، حيث أصبح بالإمكان إجراء الكثير من العمليات الجراحية والخدمات التشخيصية ضمن إطار العيادات الخارجية ، كما أصبح بالإمكان تمويل رأس المال المطلوب لتقديم خدمات العيادات الخارجية المعقدة ، واستخدامها بكفاءة فى إطار

العيادات الجماعية ، وإضافة إلى الكفاءة الإنتاجية للعيادات الجماعية ، وتكاليف التأسيس المرتفعة للعيادات ، والسياسات الصحية الوطنية ، وعلى مستوى الولاية ، التى تؤيد منظمات الحفاظ عن الصحة (HMO) تشير جميعها إلى استمرار نمو العيادات الطبية الجماعية .

خدمات المستشفى :

أجريت بحوث كثيرة على الدرجة التى تكون فيها مستشفيات المجتمع (Community Hospitals) خاضعة لاقتصاديات الوفرة ، فمثل خدمات الأطباء ، فإن أساليب تحليل دالة تكلفة المستشفيات (Hospital Cost Function) كانت إلى حد ما غير دقيقة ، لأن قياسات المدخلات والمخرجات ، لاتأخذ بعين الاعتبار تعقيدات الرعاية فى المستشفى (Berki 1972, Cowing , Holtmann and Powers 1983) . ورغم ذلك فقد استنتج فلدستين (Feldstein 1988) وجود اقتصاديات الوفرة بشكل طفيف ، بحيث يكون حجم مستشفى المجتمع الأقصى بين ٢٠٠ و ٣٠٠ سرير ، وحيث يكون منحنى التكلفة مسطحاً نوعاً ما مايشير إلى عدم وجود توفير كبير مرتبط بحصول المستشفيات على الحجم المثالى . وفيما تزيد أحجام المستشفيات فى الولايات المتحدة ، لازال متوسط عدد أسرة المستشفى أقل من ٢٠٠ سرير (National Center for Health Statistics 1991) .

القضية الأكثر أهمية بالنسبة للمستشفيات ، والتى تثير التساؤلات عن الجودة ، هى الحجم الكفء . لخدمة أو قسم ما ضمن المستشفى (Grannenman, Brown and pauly 1986) وقد يشمل ذلك كل شيء من عمليات القلب المفتوح (Open Heart Sugery) إلى حجم المغسلة (Laundry) وفى ذلك تضمين عما إذا كان يجب على مستشفى ما أن يقدم خدمة معينة أم لا . وقد بين لفت وبكير وأنثوفن (Luft, Banker and Enthoven 1979) وجود علاقة إيجابية بين عدد عمليات القلب والنتائج . وهكذا ففى الحالات التى ينتج فيها ارتفاع حجم الخدمة ، تحسن فى النتائج ، يصبح بالإمكان رفع الكفاءة ، بإنتاج الخدمات بتكلفة أقل لكل وحدة ، وكذلك بتحقيق نتائج أكثر إيجابية . ويجب توحيد مثل هذه الخدمات التخصصية على مستوى المنطقة ، سواء كان ذلك من خلال التنظيم أو من خلال تنافس السوق .

خطط التأمين الصحى :

تم إجراء مستوى آخر من تحليل الكفاءة على مستوى نظام خطط التأمين الصحى ، يقارن عادة منظمات الحفاظ على الصحة (HMO) مع المجموعات المؤمن عليها تأمينًا تقليديـًا ، ومقدمى الخدمة لهم ، الذين يعتمدون أسلوب الرسوم مقابل الخدمة (Fee for Service) (Luft 1981) . يوجد فروقات تحصيصية وأخرى إنتاجية بين خطط التأمين هذه ، ويصعب تمييز سبب فروقات التكلفة .

هل ينتج التوفير الذى تحققه منظمات الحفاظ على الصحة (HMO) لأنها تحصص موارد أقل للرعاية داخل المستشفى ، وموارد أكثر للوقاية ، أم لأنها تقدم الخدمات بتكلفة أقل ، أم لأنها ببساطة ، تحد من حرية استعمال خدمات الرعاية ، سواء كان لها منفعة هامشية أم لا ؟ . فى مراجعة دقيقة لأدبيات البحوث قام بها لوفت (Luft 1981) ومراجعة لتجربة راند (RAND) العشوائية قام بها ماينج وليبوويتز وجولدبرج (Manning, Liebowitz and Goldberg 1984) يتوفر أفضل دليل ، فقد استنتج لوفت أن منظمات الحفاظ على الصحة قدمت الرعاية مقابل من (١٠) إلى (٤٠٪) أقل من نظم الرسوم مقابل الخدمة المساوية لها ، وأن جودة الخدمة المقدمة لم تكن أسوأ فى منظمات الحفاظ على الصحة ، وأن أغلب التوفير الذى حققته هذه المنظمات كان بسبب وجود حالات دخول إلى المستشفى أقل من النظام التقليدى ٠ ولم يميز ما إذا كانت حالات الدخول التى حققتها المنظمات أقل أو أكثر استنسابية (أى أنها متروكة لتقدير الممارس) من تلك التى أبقتها .

وكذلك دعمت دراسة راند (RAND) التى طبقت بالتوزيع العشوائى فى إحدى كبريات منظمات الحفاظ على الصحة ، استنتاجات لوفت ، فقد وجد الباحثون توفيرًا بلغ (٢٥٪) بدون أى تأثير سلبى على صحة السكان عامة ، إلا أن الأشخاص الذين كانوا يعانون من المرض وفقراء ، فى بداية الدراسة كانوا أفضل حالاً تحت نظام الرسوم مقابل الخدمة ، منهم فى منظمة الحفاظ على الصحة ٠ وقد يكون التوفير ناتجًا عن عوامل أخرى عدا اقتصاديات الوفرة ، واستخدام المزيج الكفء من القوى العاملة ، فقد يؤدى التغيير فى الحوافز المالية ، والإدارة الأفضل للموارد إلى تخفيض الكفاءة – x (X- Ineffciency) .

ضمت مؤخراً إلى هذا الحوار منظمات الحفاظ على الصحة (HMO) التى تنتهج أسلوب نقاط الخدمة (Point of Service) ، ومنظمات مقدم الرعاية المفضل (Preferred Povider Organiztions) ، وبرامج التـأمـين الذاتى (Self- Insured Plans) ذات مـزايا لضبط التكاليف ، وكذلك برامج الرعاية المدبرة (Managed Care) التى تتبع أسلوب الرسوم مقابل الخدمة (fee for Sevice) الأخرى · وقد أصبحت منظمات الحفاظ على الصحة وبرامج التأمين التقليدية أكثر تشابهاً ، ويصعب تمييز الأسباب لأى اختلافات فى التكلفة (Luft 1988) مع أن الكثير من المولين وخاصة شركات الأعمال يتساءلون عما إذا كانوا يحققون أى توفير من تسجيل منسوبيهم فى منظمات الحفاظ على الصحة ، إلا أن توجه كل من المولين فى القطاع الخاص والعام مازال يميل إلى التغيير إلى برامج الرعاية المدبرة . تستمر عيادات الأطباء بالتوجه نحو أعداد ومزيج من القوى العاملة أكثر كفاءة ، وترتفع أعداد المستشفيات متوسطة الحجم وتقدم الخدمات الصحية والمكلفة ، على المستوى الإقليمى ، كما ارتفع عدد نظم منظمات الحفاظ على الصحة وأعداد المشاركين فيها . ومع ذلك مازال نظام الرعاية الطبية يشكو من زيادة مفرطة فى الحجم والقدرة الإنتاجية وخدمات غير ملائمة وغير فعالة والإنتاج الزائد للرعاية التى تعتمد على التدخل الإجرائى بدلاً من الوقاية أو تعديل السلوك ، والتكلفة الإدارية المرتفعة والأرباح الزائدة التى يجنيها مقدمو الخدمة . ويستمر صانعو السياسات فى الكفاح لتقديم المزيج المناسب من التنظيم وتنافس السوق الذى يوفر الحوافز والضوابط للنوع والكمية المناسبة من الابتكارات التقنية والتحصيص المتميزين والعدالة فى سهولة منال خدمات الرعاية الطبية . وعلى الأقل يجب على السياسة أن توفر الحوافز لمقدمى الخدمة ليتبنوا الممارسات الفعالة فى تقديم الخدمات الطبية ، ويجب أن تقلل من التعارض بين السبل التنظيمية والسبل التنافسية لتحقيق هذه الأهداف .

الخلاصة :

تشير الأدلة إلى أن مزيجاً من نظم السوق والتنظيم فى الولايات المتحدة لم تنتج الكفاءة الاقتصادية ، فلا يحفز مقدمو الخدمة لاختيار أساليب الإنتاج الفعالة ، ويطلبون

سعراً قريباً من التكلفة ، ويقدمون الخدمة التى يطلبها أو يحتاجها المستهلكون . ويبدو أن البلدان الديموقراطية المتطورة الأخرى ، أكثر نجاحًا فى ضبط الإنفاق والتأمين على مواطنيهم ، وتحقيق النتائج كما يتم قياسها بالأساليب التقليدية . ويصعب التحقق مما إذا كانت فعلاً أكثر كفاءة من البيانات الإجمالية ، حتى لو تحقق ذلك ، فإن تحقيق ضبط التكاليف وأهداف سهولة منال الخدمات الصحية هى أهداف اجتماعية مهمة . يبدو أن مدفوعات الأطباء تمثل وجهًا من أوجه النظام الأمريكى التى ساهمت فى اللاكفاءة التى يعانى منها النظام . ويركز النقاش الذى يلى على لماذا يؤدى النظام إلى اللاكفاءة ؟ وأنماط اللاكفاءة المستحثة ، وفشل السوق فى تصحيح المشكلات الناتجة ، وحل الحكومة التنظيمى لبرنامج مديكير (Medicare) ، والتضمينات لكفاءة نظام الرعاية الطبية الأمريكية .

تطبيق : إصحاح نظام مدفوعات الأطباء

نظامنا الحالى لمدفوعات الأطباء هو نظام غير عادل ، وكذلك يساهم فى اللاكفاءة . هو نظام غير عادل لأنه يدفع فيه ، مبالغ مختلفة ، لأطباء مختلفين ، للقيام بنفس الإجراء حسب تاريخ رسومهم السابقة . وهو نظام غير كفء ، لأنه بالدفع أكثر للأطباء ، لوحدة الوقت للإجراءات ، أكثر من الخدمات الإدراكية (Cognitive Services) . يؤثر النظام على أنماط الممارسة ، وقد يؤدى إلى الزيادة فى تقديم بعض الإجراءات غير الفعالة والمكلفة . إضافة إلى ذلك فإن الخدمات الطبية عامة قد أعطيت قيمة أكبر من قيمة السلع والخدمات الأخرى فى الاقتصاد وذلك بسبب نظام تعويض «الطرف الثالث» (Third- Party Reimbursement) . وتجتذب التركيبة السعرية المشوهة الأطباء الجدد عن الرعاية الأولية وإلى التخصصات التى تعتمد على الإجراءات الطبية مثل الجراحة والأشعة .

تشير الأدلة إلى أن من (١٧٪) إلى (٣٠٪) من الإجراءات الشخيصية والعمليات الجراحية ، هى غير ملائمة أو غير لازمة ، ومن (٨٪) إلى (٣٠٪) أخرى ، من التشخيص والجراحة هو ذو قيمة مشكوك فيها (Chassin, Kosecoff and Park 1987) .

إضافة إلى ذلك يوجد قصور فى عدد مقدمى الرعاية الأولية ، وتضخم فى عدد الجراحين والإخصائيين الآخرين فى التخصصات التى تعتمد على الإجراءات . وكما نوقش فى الفصل الثالث ، هناك حرص كبير على فعالية الخدمات ، والاختلافات فى أنماط الممارسة التى لاترتبط بنتائج المرضى . ويبدو أن الكثير من خدمات الرعاية الطبية هى ذات قيمة مشكوك فيها ، إلا أن الحوافز لتقديمها قوية ومباشرة ، تحت نظام الرسوم مقابل الخدمة الذى يموله التأمين الطبى . وقد أنتج ضبط الأسعار التنظيمى ، والتنافس اللافعال مدفوعات أعلى مما يجب لجذب المزيد من مقدمى الخدمة إلى حقل الطب . فعلى سبيل المثال كان متوسط دخل الطبيب العام فى الولايات المتحدة ١٧٤٠٠٠ دولار خلال عام ١٩٨٥م ، وهو أكثر من ضعف المبلغ فى كندا وثلاثة أضعاف المبلغ فى المملكة المتحدة (Sandier 1990) . وجد فيوكس (Fuchs 1990) أن إنفاق الأطباء للفرد الواحد فى الولايات المتحدة أعلى ١,٧٢ مرة منه فى كندا فى عام ١٩٨٥ . وقد عللت جميع الفروقات بارتفاع الأسعار ، إذ إن الرسوم للإجراءات الطبية فى الولايات المتحدة أعلى منها فى كندا بثلاثة أضعاف ، علماً أن رسوم خدمات التنويم والإدارة أعلى فى الولايات المتحدة (٨٠٪) فقط ، أما صافى دخل الأطباء فى الولايات المتحدة فهو أعلى منه فى كندا بحوالى الثلث فقط على الرغم من الفروقات الكبيرة فى الرسوم ، ويرى فيوكس أن ذلك قد يكون ناتجاً عن تكاليف النفقات العامة المرتفعة لأطباء الولايات المتحدة وعبء عمل أقل لهم . وتدعم هذه المدفوعات نظاماً يزدهر دون الحاجة إلى تقليل تكلفة إنتاج الرعاية بمستوى معين من الجودة .

انكشف مؤخراً بعض الجوانب فى نظامنا الصحى الاستثمارى فى ولاية فلوريدا ، حيث يشيع استثمار الأطباء فى المختبرات والمرافق التشخيصية ووحدات العلاج الطبيعى ، وقد فرضت المرافق المملوكة للأطباء رسوماً أعلى من غيرها ، وقدمت وحدات من الخدمة أكثر لكل مريض ، وكانت الرعاية المقدمة أقل جودة من المرافق المثيلة التى لايمكلها مستثمرون أطباء (Pear 1991 b) . فى دراسة عن تكرار وتكلفة التصوير التشخيصى فحص هلمان وآخرون (Hillman etal 1990) مطالبات تعويض من التأمين الصحى لـ ٤٠٢٤٥٨ موظفاً وأسرهم ، فى شركة أمريكية كبرى ، ووجدوا أن الأطباء فى العيادات الخاصة الذين يقدمون خدمات التصوير فى عياداتهم بدلاً من تحويلها

إلى أخصائيي الأشعة ، قد أجروا فحوصات تصويرية أكثر بأربعة أضعاف من أخصائيي الأشعة ، وفرضوا رسوماً أكثر بكثير لفحوصات متماثلة فى التعقيد .

مما أدى إلى كون متوسط رسوم التصوير أعلى عند هؤلاء الأطباء بسبعة أضعاف ونصف من إخصائيي الأشعة . وتشير هذه النتائج إلى استنتاج أن نظام التمويل فى الرعاية الصحية قد يؤدى إلى اللاكفاءة من خلال المدفوعات والاستخدامات الزائدة عن اللازم ورداءة النوعية .

لقد اتضح منذ زمن ، أن نظام «المعتاد والسائد والمعقول » (customary, pre- (CPR) vailing and Reasnable) المستخدم للدفع للأطباء هو نظام غير صحيح . فقد عوضت مديكير والعديد من شركات التأمين الخاصة ، تحت هذا النظام المبلغ الأقل من وسيط (Median) رسوم الطبيب للخدمة خلال العام السابق (وهذا هو المعتاد) والرسوم السائدة فى منطقة ما والرسوم الفعلية ، إلا أن الرسوم السائدة محدودة وفق تغير مئوى مسموح به من الفترة الأساسية ، ويمثل هذا أسلوب السوق التنظيمية فى التسعير . وقد أثر النظام نفسه فى السوق ، حيث تبنى الكثير من الممولين أسلوب الدفع حسب مايفرضه الآخرون من رسوم ، وكانت النتيجة ارتفاعاً كبيراً فى معدل تضخم أسعار الأطباء (Frech and Ginsberg 1978) ، ولم يعد ممكناً تعديل الأسعار بتخفيضها حتى عندما يكون ذلك مبرراً . فعلى سبيل المثال تكون الكثير من الإجراءات الطبية صعبة وعلى قدر من الخطورة فى بداية استخدامها ، وتكون أسعارها المرتفعة مبررة ، ولكن بعد أن يكتسب الأطباء الخبرة ويطورون أساليب محسنة لتقديم الخدمة ، قد يصبح أداء هذه الإجراءات أكثر سهولة وأقل خطراً ، إلا أن الأسعار تبقى على المستوى المرتفع . وتمثل جراحة إزالة إعتمام عدسة العين (Cataract) مثالاً رائعاً على ذلك ، إلا أن الحكومة تدخلت أخيراً لتخفيض أسعار هذا الإجراء تحت نظام مديكير . طور وليام هسايو (william Hsaio) بالتعاون مع الجمعية الطبية الأمريكية (American Medical Association) والعديد من مجموعات التخصصات الطبية مقياس القيمة النسبية المبنى على الموارد (Resource- based relative Value Scale) ، وكان الهدف تطوير مجموعة من الأسعار المدارة (Adminstered prices)التى تعكس قيمة السوق النسبية لتكلفة تقديم كل خدمة . وأغلب التكلفة هى «العمل» المطلوب لتقديم الخدمة .

طور هسايو وآخرون (Hsaio et al 1989) منهجيات لقياس «العمل» ويشمل ذلك عناصر الوقت ، والمجهود الفكرى والتمييز والمهارة الفنية والضغوط النفسية والمجهود الجسمانى . كما أن تكاليف العيادة هى - أيضًا - عنصر هام . أصدر الكونغرس أمرًا بإقرار نظام مدفوعات جديد مجسدًا فى قانون توفيق الميزانية الشامل الصادر عام ١٩٨٩م (Omnibus Budget Reconcilialon Act of 1981) ، وشملت التغييرات جدولاً جديدًا للرسوم مبنى على نموذج نظام القيمة النسبية المبنى على الموارد (RBRVS) ، وحدودًا على مجموع المدفوعات ومعايير أداء حجم العمل (Physician Payment Review Commission 1991) . ويعمل العنصر الأخير على تعديل الأسعار بالانخفاض إذا استجاب الأطباء للمدفوعات الأقل ، برفع حجم الخدمات . وقد طبق النظام مرحليًا على برنامج مديكيرخلال فترة خمس سنوات بدأت فى يناير ١٩٩٢م وسوف يتبنى المولون الآخرون جانبًا من هذا النظام ، وبالتالى ، يحتمل أن يؤثر تأثيرًا جوهريًا على قطاع الرعاية الطبية . تنبأت المحاكاة (Simulation) التى أجريت على المرحلة الأولى من برنامج (RBRVS) الجديد بتحولات جذرية فى موضوعات الإجراءات ودخول الأطباء حسب التخصص ، ويتوقع بعض الاستجابات السلوكية للتعويض عن الخسارة المحتملة فى الدخل .

فعلى سبيل المثال سترتفع مدفوعات الرعاية الصحية الأولية حوالى (٣٠٪) ، فيما ستنخفض مدفوعات الإجراءات الجراحية الكبرى (مثل : عمليات شرايين القلب التاجية واستبدال الورك الكامل) بحوالى (٢٤٪) و(٢٣٪) على التوالى . كما ستنخفض مدفوعات الإجراءات التشخيصية ، إذ ستنخفض مدفوعات فحوصات جهد الأوعية الدموية والقلب (Cardiovascular Stress test) . بـ(٣٩٪) . سيشهد الأطباء الذين يقدمون التقييم الأولى والخدمات التدبيرية ارتفاعًا فى مدفوعات مديكير لهم بمقدار (٢٩٪) (الطب العام) و(٣٠٪) (طب الأسرة) بحلول عام ١٩٩٦ عندما يتم تطبيق البرنامج بالكامل . سيشكو متوسط التخصصات الجراحية من انخفاض فى المدفوعات بمقدار (٧ ٪) ، وقد يصل الانخفاض لبعض التخصصات الدقيقة مثل جراحة الصدر (Tboracie Surgery) إلى (١٤٪) (U.S Depart eat of Health and Hiaman Senrces . 1991)

صمم النظام أساسًا ليكون حياديًا للميزانية ويؤمل أن يؤدى فى النهاية إلى ادخارات لبرنامج مديكير بتخفيض الاستخدام الزائد عن اللازم للرعاية الموجهة للإجراءات وتحسين جودة وملاءمة الرعاية ، وتغيير توزيع الأطباء بين التخصصات (Hsaio 1991) . سوف تقوم هيئة مراجعة مدفوعات الأطباء ووكالة تمويل الرعاية الصحية (HCFA) بمراقبة تأثيرات النظام الجديد عن كثب وتقييمها . وفيما جادل البعض بضرورة تجريب النظام وتقويمه على المستوى المحلى أولاً ومقارنته بنموذج تركيبة الرسوم المتفاوضة (Negotiated- fee Stiructure System) ، ومن ثم يعم تطبيقه فى البلاد كما حدث لنظام المدفوعات المستقبلية (Prospective Payment) للمستشفيات . سيواجه باحثو الخدمات الصحية تحديات كثيرة فى تقييم تأثيرات النظام الجديد ، مثل كيف سيؤثر على الكفاءة الإنتاجية والكفاءة التحصيصية لنظام الرعاية الصحية ؟ وماهى تأثيرات المدى القصير والمدى الطويل على تكلفة وأنماط الرعاية الطبية ؟ وكيف سيؤثر النظام على توزيع الأطباء والدخل بين الرعاية الأولية والرعاية التخصصية وكذلك بين التخصصات ؟ وأخيرًا ماهو تأثير النظام على التغير التقنى ، وماهى التضمينات لكل من الفعالية والكفاءة ؟ . وكانت الأسئلة الرئيسية المطروحة فيما يتعلق بأهداف الكفاءة . ماهى تركيبة سلع وخدمات الرعاية الطبية التى سوف تنتج بموارد المجتمع المحدودة ، وكيف تنتج ؟ . وهل تحقق القيمة القصوى فيما يتعلق بصالح المستهلك ؟. القضايا الناتجة هى : ماهى الآلية الأساسية المتوفرة لاتخاذ هذه القرارات ، وماهو التوجه الذى سيؤدى إلى «أفضل» أداء لمجتمع معين ؟

تشير الأدلة إلى أن الولايات المتحدة لاتحقق القيمة القصوى من الموارد المخصصة لخدمات الرعاية الطبية ، وقد يكون أداؤها أقل جودة من العديد من الدول المتقدمة الأخرى . وتشمل المؤشرات الدليل على التبدلية فى استعمال الخدمات ، وعدم كفاءة وملاءمة الكثير من الإجراءات الطبية كما هو موثق فى الفصل الثالث ، منها قصور كبير فى الاستثمار فى خدمات وقائية مختارة بما فيها رعاية ماقبل الولادة ، والتركيز على الرعاية التى تميل إلى استخدام الإجراءات ، وهى مكلفة ، وقد تضيف إضافة هامشية محدودة إلى الصحة ، ومعدلات إنفاق مرتفعة ، ونتائج ضئيلة نسبيًا على كثير من مؤشرات صحة السكان مقارنة بالبلاد الأخرى . إضافة إلى ذلك وثق العديد من

الدراسات أن خدمات المستشفيات والأطباء والتأمين الصحى ، لاتنتج بأكثر السبل كفاءة ، وتشير بيانات المقارنة أن الأسعار والدخول المرتبطة ، أنها أعلى من الضرورى لكى تجتذب الموارد المطلوبة للرعاية الصحية . ويشمل الدليل إمكانيات فائضة ، وعدم الاكتراث بالمزيج الأكثر كفاءة من القوى العاملة ، والفشل فى استغلال اقتصاديات الوفرة المحتملة .

يقع اللوم على مزيجنا الفريد من التمويل التعددى غير المحدد ، وعدم التخطيط والتنظيم الفعال (أى الاعتماد على سوق خاص منقوص ، والاعتماد على مقدمى خدمة استثماريين غير منتظمين) وصناعة للتقنية الطبية بمعونة مالية فدرالية ، ومجموعة سكانية لها توقعات مرتفعة وربما غير واقعية ، لما يمكن للطب أن يسهم نحو الصحة . فيما تستمر التكلفة بالارتفاع ، نتخبط فى جدل عن النوع والمزيج المناسب من آليات السوق والحكومة ، للرفع من مستوى أداء نظام تقديم الرعاية الطبية .

هل يجب على الولايات المتحدة أن تتجه نحو الأسلوب واسع النطاق الذى ثبتت فعاليته ، المطبق فى كندا وأوربة الغربية ، حيث تمارس الحكومة والمجتمع ضبطاً مباشراً على الإنفاق ، أم تتجه نحو سوق مدبرة ، أعيدت هيكلتها لتنظم مقدمى التأمين الصحى ، وتوفر حوافز واضحة لمقدمى الرعاية والمستهلكين ، لاتخاذ قرارات صحيحة على المستوى الدقيق . إن ضبط التكلفة المحقق من خلال الأسلوب واسع النطاق ، لايتحول بالضرورة ، مباشرة ، إلى الكفاءة . ولكن لم تبرهن بعد الحوافز على المستوى الدقيق فى قدرتها على ضبط التكاليف ، مما يجعل الكفاءة التحصيصية غير متوقعة . وبدراسة النماذج البديلة التى تطورت على مستوى الولاية أو المستوى المحلى أو على المستوى الوطنى ، وبقياس تأثيرها على الصالح العام والتكلفة ، سوف نبدأ أن نميز بوضوح الإجابات على الأسئلة المقلقة عن كيف نرفع مستوى الكفاءة فى نظام الرعاية الطبية الأمريكى .

ملاحظات :

يستثنى الإنفاق للنشاطات البيئية (مثلاً إيقاف تلوث الماء والهواء ومعالجة مياه الصرف الصحى ومصادر لمياه الشرب) ، من حسابات الصحة الوطنية (Levit etal 1991) .



المراجع :

- American Medical Association. 1990 Medical Group Practice in the United States : Survey of Practice Characteristics. Chicago: American Medical Association.
- Berki, S. 1972. Hospital Economics. Lexington, MA: D: C. Heath and company. Brown, D. M. 1988. "Do Physicians Underutilize Aides?" Journal of Human Resources 23: 342-55.
- Chassin, M. R., J.Kosecoff, and R. E. Park. 1987, "Does Inappropriate Use Explain Geographic Variations in the Use of Health Services? Astudy of three procedures" Journal of the American Medical Association 258: 2533- 37.
- Cowing, T. G. A. Holtmann, and S. Powers. 1983. "Hospital Cost Analysis: A Survey and Evaluation of Recent Studies." In Advances In Health Economics and Health Services, Volume 4, edited by R. Scheffler and L, Rossiter. Green - wich. CN: JAI ress.
- Eddy, D. 1980.Screening for Cancer: Theory, Analysis, and Design. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Evans, R., and G. Stoddart. 1990 . "Producing Health, Consuming Inealth Care Social Science and Medicine 31: 1347- 63.
- Feldstein, P.J. 1988. Health Care Economics. New York: John wiley & Sons.
- Frech, H. E., and P. B. Ginsburg. 1974. "Optimal Scale in Medical Practice: A survivor Analysis."Journal of Business 47 (1): 23-36.
- ____ 1978. Public Insurance in Private Medical Markets. Washington, DC: American Enterprise Institute.
- Fuchs, V. 1974. Who Shall Live? New York: Basic Books.
- ____ 1990. "How Does Canada Do It ? Acomparison of Physicians' Services in the United States and Canada." New England Journal of Medicine 323:884-90.
- Grannenmann, T. W., R. S. Brown, and M. V. pauly 1986. "Estimating Hospital costs: AMultiple-Output Analysis." Journal of Health Economics 5: 107-27.
- Hadorn, D. 1991. "Setting Health Care priorities in Oregon: Cost-Effectiveness Meets the Rule of Rescue Joutnal of the American Medical Association 265: 2218-25.
- Hillman, B. J., C. A. Joseph, M. R. Mabry, J. H. Sunshine, S. D. Kennedy, and M. Noether. 1990. "Frequency and Costs of Diagnostic Imaging in Office practice: A Comparison of Self-Referring and Radiologist- Referring Physicians." New England Journal of Medicine 323: 1604-8.
- Hsiao, W. C. 1991. "Changing physician Payment: Will it Affect Rotal Cost?"In The Future of Health Care: Public Concerns and Policy Trends. Waltham, MA: Massachusetts Health Data Consortium, Inc., PP. 11-14.
- Hsiao, W. C., P. Braun, D. Dunn, E. R. Becker, M. DeNicola, and T. R.
- Ketcham. 1988a. "Results and Policy Implications of the Resource-Based Relative Value study." New England Journal of Medicine 319: 881- 88.

- Hsiao, W. C., P. Braun, D. Yntema, and E. R. Becker. 1988b. "Estimating Physicians' Work for a Resource-Based Relative Value Scale " New England Journal of Medicine 319: 835-41.

- Jonsen, A. 1986. "Bentham in a Box: Technology Assessment and Health Care Allocation. " Law, Medicine and Health care 14:172-74.

- Lee, R. H. 1990. "The Economics of Group Practice: A Reassessment. " In Advances in Health Economics and Health Services Research, edited by R. M. Scheffler and L. F. Rossiter, 111-29. London: JAI Press.

- Levit, K. R., H. C. Lazenby, C. A. Cowan, and S. w. Letsch. 1991."National Health Expenditures 1990. " Health Care Financing Review13 (1):29-54.

- Lubitz., J., and R. Prihoda. 1984. "The use and Costs of Medicare Services in the Last 2 Years of Life. "Health care Financing Review 5 (3): 117-31.

- Ludbrook, H. 1987. "Economic Appraisal and planning Decisions for health Technologies". In Economec Appraisal of Health Technology in the European Community, edited by M. F. Drummond, 120-35. Oxford: Oxford Medical Publications.

- Luft, H. S. 1981. Health Maintenance Organizations: Dimensions of Performance. New York Wiley Interscience.

- ____ 1988. "HMOS and the Quality of care."Inquity 25:147-56.

- Luft, H. S., J. P. Bunker, and A. C. Enthoven. 1979. "should Operations be Regionalized? The Empirical Relation Between Surgical Volume and Mortality. "New England Journal of Medicine 20: 1364-69.

- Manning W., A. Liebowitz, and G. A. Goldberg. 1984. "A Controlled Trial of the of Effeet a pre paid Group praetice on use of services" NewFngland 3 ournal of medicine 310: 1505-10.,

- Manning, W., J. Newhouse, N. Duan, E. Keeler A. Leibowitz, and S. Marquis. 1987. "Health Insurance and the Demand for Medical Care: Evidence from a Randomized Experiment. "American Economic Review 77 (3): 251-77.

- Marder, W. D., and S. Zuckerman. 1985. "Competition and Medical Groups: A Survivor Analysis. "Journal of Health Economics 4 (2) : 167-76.

- Mckeown, T. 1990. "Determinants of Health."In The Nation's health, edited by P. R. Lee and C. L. Estes. Boston: Jones and Bartlett.

- Mckeown, T., and C. R. Lowe . 1974. An Introduction to Social Medicine. London: Blackwell Scientific Publications.

- National Center for Health Statistics. 1991. Health, United States, 1990 DHHS Pub. No. PHS 91- 1232. Washington, DC: U.S. Government Printing Office.

- Newhouse, J. P. 1973 "The Ecomomics of Group Practice." Journal of Human Resources 8 (1): 37-56.

- Organization for Economic Cooperation and Development. 1990. Health Care Systems in Transition. SPS No. 7. Paris: Organization for Economic Cooperation and Development.

- Pear, R. 1991a. "Insurer Offers Medical Screening as Part of policy. " New York Times, 19 June: 1.

- ____ 1991b. "Study Says Fees Are Often Higher when Doctor Has Stake in Clinic. "New York Times, 9 August: A 1.

- physician Payment Review Commission. 1991. Annual Report to Congress. washington, DC: Physician payment Review Commission. 1991. Annual

- Preventive Services Task force. 1989. Guide to Clinical Preventive Services Report of U.S. Preventive Services Task Force. Baltimore, MD: Williams and Wilkins .

- Reinhardt, U. E. 1972. "A production Function for Physician Services. "Review of Economics and Statistics 54 (1) : 55- 66.

- ____ 1975. Physician Productivity and the Demand for Health Manpower. Cambridge, MA: Ballinger Publishing Company.

- Sandier S. 1990. "Health Services Utilization and physician Income Trends. "In Health Care System in Transition. Paris: Organization for Economic Cooperation and Development. PP. 41-56.

- Schieber, G. J., and J. P. Poullier. 1990. "Overview of International Comparisons of Health Care Expenditures. "In Health care Systems in Transition. Paris: Organization for Economic Cooperation and Development. PP. 9 -15.

- Scitovsky, A. A. 1988. "Medical Care in the last Twelve Months of Life: The Relation between Age, Functional status, and Medical Care Expenditures." Milbank Quarterly 66: 640- 60.

- Smith, K. R., M. Miller, and F. L. Golladay. 1972. "An Analysis of the Optimal Use of Inputs in the Production of Medical Services." Journal of Human Resources 7 (2) 208 - 55.

- U.S. Department of Health and Human Services. 1990. prevention' 89/90 : Federal Programs and Progress. Washington. DC: U.S. Government Printing Office.

- ____ 1991. "Rules and Regulations."Federal Register 56 (227) : Monday, 25 November.

- Waldo, D., and K. C. Lazenby. 1984. "Demographic Characteristics and Health Care Use and Expenditures by the Aged in the United States: 1977-1984. Health Care Financing Review 6 (1): 1-29.

- Webster, J. R., and C. Berdes. 1990. "Ethics and Economic Realities: Goals and Strategies for Care toward the End of life."Archives of Internal Medicine 150: 1795 - 97.

الفصل السادس

الإنصاف فى الوصول إلى الرعاية الصحية

مفاهيم ومنهجيات :

من الأسئلة الأساسية فى اعتبارات الإنصاف فى الوصول إلى الرعاية الطبية مايلى : هل يتضمن الإنصاف فى الوصول إلى الرعاية ، أحقية للرعاية الطبية ؟ مما يثير بطبيعة الحال السؤال التالى : كيف يمكن تعريف أهداف الإنصاف فى نظام الرعاية الطبية الأمريكى ؟

يتركز حوار السياسة الصحية عن الإنصاف على معنى وأهمية ضمان حق الرعاية الطبية للسكان .

يوضح هذا الفصل ، **أولا** : أهداف الإنصاف فى نظام الرعاية الطبية من خلال فحص الأسس الأخلاقية والتجريبية للأحقية للرعاية الطبية . **وثانيًا** : يصف أساليب بحوث الخدمات الصحية المستخدمة لتقصى مدى تحقيق هذا الهدف .

لقد لعبت بحوث الخدمات الصحية دورًا هامًا ، ولازالت ، فى صياغة وتوضيح أهداف الإنصاف . وقد حددت بحوث وتوصيات هيئة تكاليف الرعاية الطبية (Committee on the Cost of Medical Care) الأولى (١٩٢٧ - ١٩٣٢م) وذات النفوذ الكبير ، وتوقعت الكثير من المشكلات والحلول التى لازالت نقطة تركيز السياسات الصحية ، وكذلك اعتبارات بحوث الخدمات الصحية للإنصاف (Anderson 1990; Committee on cost of Health care 1932; Roemer 1985) ، ومن توصيات اللجنة مايلى ، **أولاً** : يجب أن تقدم الخدمات الصحية ، الوقائية منها والعلاجية ، من قبل مجموعات منظمة من الأطباء والقوى العاملة الصحية الأخرى . **ثانيًا** : يجب أن تكون جميع خدمات الصحة العامة الأساسية متوفرة للسكان قاطبة ، حسب الاحتياج لها . **وثالثًا** : يجب أن تدفع تكاليف الرعاية الطبية على أساس مدفوعات جماعية من خلال استخدام التأمين الصحى أوالضرائب أو كليهما . **ورابعًا** : يجب أن تكون دراسة وتقييم وتنسيق

الخدمات الطبية ، نشاطات هامة لكل ولاية ومجتمع ، ويجب أن يلقى تنسيق الخدمات الريفية مع الخدمات فى المدينة ، عناية خاصة . **وخامسًا** : يجب أن يتوسع فى تعليم ممتهنى الصحة ليشمل الاهتمام بالنواحى الاجتماعية ، إضافة إلى النواحى الفنية من الممارسة الطبية . إن تطور ونشأة وتكاثر الخضم الهائل من منظمات الرعاية الطبية (مثل : منظمات الحفاظ على الصحة (Health Maintenance Organizations) – ومنظمات مقدم الرعاية المفضل (Prefered Provider Organization) – واتحاد الممارسة المستقل – (Indeprdent Practice Association) – وغيرها ، ودعم التعليم الطبى والقوى العاملة الطبية وبرامج تقديم الخدمة فى المناطق ذات الاحتياج ، وتطوير جهود التخطيط على المستوى المحلى وعلى مستوى الولاية ، والمستوى الإقليمى ، ونمو دور مؤسسات التأمين الصحى العامة والخاصة فى العقود التالية لدراسة هيئة تكاليف الرعاية الطبية ، كانت جميعها من تنبؤات توصيات تلك اللجنة المبدعة .

كما أولت المسوحات التى أجرتها هيئة تكاليف الرعاية الطبية (CCMC) نظرة تجريبية على مسألة الإنصاف ، بطريقه لازالت تقود الكثير من الدراسات المعاصرة على إمكانية منال الخدمة . ومن النتائج الأساسية للمسوحات السكانية التى أجرتها الهيئة ، على سبيل المثال ، أن المجموعات السكانية ذات الدخول المنخفضة ، عانت من الأمراض أكثر من غيرها من المجموعات السكانية ، وتلقت رعاية طبية أقل منها . ووجدت اللجنة أن عبء التكلفة وقع بشكل غير متكافىء على السكان الأشد مرضًا ، علمًا أن الكثير منهم لم يكونوا قادرين على الدفع للرعاية .

يعكس نمو صناعة التأمين الصحى الخاص ، منذ البرنامج الأول للتأمين الصحى للمجموعة (Group Health Insurance) (وهو النواة التى نشأ منها الصليب الأزرق) الذى أطلقه مستشفى جامعة بايلور فى دالاس بولاية تكساس عام ١٩٢٩م وذلك للتأمين على أساتذة المدارس العامة ، ونمو مدى تغطية التأمين العام الذى تدعمه الحكومة الفدرالية . إن الذى توج بإقرار قانون مديكيد ومديكير فى منتصف الستينيات ، مبدأ نموذج التمويل من الطرف الثالث (Third - party Financing) الأساسى نحو الإنصاف ، إذ ينص المبدأ على تخفيض عبء المرض ، الذى يجب أن يتحمله أى فرد أو أسرة من خلال المشاركة فى مسئولية التمويل أو توزيع التكلفة . يدعو وضع تغطية كل من التأمين

الصحى العام والخاص الحالى فى الولايات المتحدة إلى الريبة فى الدرجة التى يشكل فيها مبدأ المسئولية المشتركة ، وهذا هو أساس نظام مدفوعات الطرف الثالث الحالى .

يسعى أرباب العمل بتزايد مستمر إلى الحد من أعداد الذين تشملهم التغطية التى يقدمونها وإلى تخفيض النصيب الذى يلتزمون بدفعه من أقساط التأمين . وينشد المُؤَمنون مشاركة مقدمى الرعاية كصانعى القرار أو كمراقبين على أنواع الخدمة التى يجب تقديمها أو اعتمادها لشملها فى التأمين ، إضافة إلى أنهم يحصرون المجموعة السكانية التى يرغبون فى التأمين عليها حسب مستوى الخطورة ، والتكلفة التى يتوقعون أن تكون عليه هذه المجموعة . ويرتبط مقدمو الخدمة بمنظمات الممارسة الطبية التنافسية ، وذات فعالية تكلفة (Cost Effectiveness) مرتفعة بما يجعلهم فى موضع أفضل لاقتناص حصة من سوق الرعاية الصحية ، والحفاظ عليها . نتيجة لذلك فقد أصبح التمييز بين دورهم كمهنيين حريصين على خدمة مرضاهم وتلبية احتياجاتهم الصحية ودورهم كوكيل تجارى معنى بإدارة مصالحهم المالية يزداد إبهامًا .

مع تناقص الدعم الفدرالى لبرنامج مديكير خلال العقد الماضى وتناقص نسبة السكان الفقراء المستفيدين من تغطية برنامج مديكير ، وتناقص الخدمات والامتيازات المقدمة لهم . وكذلك تناقص المبالغ المدفوعة لمقدمى الخدمة ، وللمرضى الذين يغطيهم هذا البرنامج . وأدى نظام المدفوعات المستقبلية (Prospective Payment System) الذى يتبناه برنامج مديكير ، إلى القلق بشأن خروج المرضى المسنين من المستشفى «أسرع وأمرض» من النظام السابق ، وكذلك إلى ارتفاع مستوى الإدراك إلى عدم وجود نظام ملائم وافٍ للتمويل ، لرعاية هذه المجموعة السكانية المسنة على المدى الطويل ، فى المجتمع أو المؤسسات الصحية . أدت الثغرات فى شبكة أمان تغطية التأمين التى نتجت عن هذه التغييرات فى سوق التأمين الصحى العام والخاص ، إلى ارتفاع كبير فى عدد الأمريكيين الذين لديهم تأمين صحى غير كاف ، أو لاتامين لديهم إطلاقًا . إضافة إلى ذلك ، يواجه الكثير من المستشفيات ومقدمى الخدمة الآخرين الذين يخدمون عدداً غير متكافئ من المسنين والفقراء ، أو غير المؤمن عليهم ، مشكلات مالية خطيرة بسبب استمرار ارتفاع تحملهم لأعباء الرعاية غير المعوض عنها أو المعوض عنها تعويضاً أقل مما ينبغى . تؤدى هذه الصورة المنبثقة لنظام تقديم الرعاية

الأمريكى إلى تساؤلات خطيرة عن إنصاف وعدالة نظام الرعاية وتمويلها ٠ ومن التطورات الهامة فى حوار السياسة الصحية حول هذه القضية ، نشر الطروحات لتأمين صحى أكثر شمولية ، أو لتأمين صحى وطنى . هذه القضية وهذا الحوار ليسا بجديدين ، فقد كانت الأسس المفاهيمية والتجريبية ، لتأمين الصحة الوطنى ، جزءاً لايتجزأ من مشاورات وتوصيات هيئة تكاليف الرعاية الطبية . أدى إجماع السياسة الصحية فى منتصف الستينيات إلى برنامج مديكير للمسنين المبنى على الضمان الاجتماعى وإلى برنامج مديكيد للفقراء المبنى على الإنعاش الاجتماعى . كما أنتج إدراك ثغرات ومحدوديات كم كبير من طروحات التأمين الصحى الوطنى : ففى عام ١٩٧٦م قدم أكثر من ١٢٥ مقدماً ، ٢١ من هذه الطروحات المختلفة فى الكونجرس الأمريكى (Anderson 1990) . ويسعى النقاش التالى إلى توضيح وتحديد هدف الإنصاف فى إمكانية الوصول إلى الرعاية الطبية ، كما سيتم فحص الجوانب الأخلاقية والتجريبية من الإنصاف ضمن إطار الافتراضات المتأصلة فى أحقية الحصول على الرعاية الطبية .

الإطار المفاهيمى والتعريفات :

مفهوم أحقية الحصول على الرعاية الطبية :

الحقوق هى مثل بطاقات الدخول ، فهى تشير إلى «الأسباب المناسبة لالتماس أو المطالبة بشىء» ، وقد تكون «الأسباب المناسبة» مبنية على أساس القوانين الاجتماعية غير الرسمية نسبياً (الخدمة حسب أولوية الوصول) – (First come First Served) – أو الأدوار المؤسساتية الأكثر رسمية (إمكانية دخول الأعضاء قبل غيرهم) . ضمن هذه الأعراف الرسمية وغير الرسمية هناك اعتبارات أخلاقية ومسلكية لما يبدو أنها طريقة عادلة لحل مثل هذه المطالبات عندما تكون سبل تحقيقها (مثل مقاعد دور السينما أو بطاقات دخول لعرض خاص) محدودة .

إضافة إلى ذلك فقد تبقى هذه الأعراف كمعتقدات أخلاقية ضمنية ونسبية ، أو قد تترجم إلى قوانين رسمية ظاهرة ، حسب مستوى الإجماع المجتمعى فيما يتعلق بجدية

المطالب ، وأفضل السبل لموافاتها (Dougherty 1988) لجميع الحقوق ، والمنافع التى تؤدى إليها هذه الحقوق أثمانها . وتتضمن عادة المطالبة بالحقوق أعباء ناتجة ، مالية وغير مالية ، للتأكد من أن المنافع المرجوة توزع بالعدل . فقد تستلزم الحقوق على سبيل المثال فرض مطالب على الآخرين ، إما للامتناع عن ممارسة السلوك الذى قد يمنع توزيع المنافع (الحقوق السلبية) - مثل منع التمييز العرقى ، أو التمييز على أساس الجنس - على سبيل المثال - أو فرض سلوك معين لضمان توفير المنافع (الحقوق الإيجابية) - مثل زيادة الضرائب أو الأقساط للدفع لهذه المنافع - ومن الأمور المرتبطة بقضية الأحقية للرعاية الطبية ، هناك قضية التوزيع العادل لمنافع الرعاية الناتجة (المطالب) أو الأعباء (تكاليفها) (Dougherty 1988) .

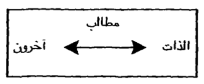
يلخص الشكل (١-٦) الأسئلة المطروحة فى توضيح مفهوم الإنصاف : هل يتضمن الإنصاف فى الوصول إلى الرعاية ، أحقية للرعاية الطبية ، حيث تشمل الأحقية مطالب ضد آخرين ، لسلع وخدمات الرعاية الطبية ، وماهى المبادئ الأخلاقية لتقرير أى المطالب هى العادلة ، حيث تشير «عادلة» إلى التحصيص المنصف للمنافع والأعباء ، والعدالة هى المبدأ الأخلاقى المركزى لشأن ما إذا كان الإنصاف يتضمن أحقية للرعاية الطبية . وتنتج إدعاءات الأفراد والمجموعات «بأهلية» للرعاية ، كلاً من المنافع والأعباء . وتكون الأحكام اللاموضوعية فى من له الأهلية حقًا ، ولماذا ، صلب موضوع تحديد عدالة المطالبات . إن الإنصاف أو العدالة التوزيعية تعنى بالتحصيص العادل للمنافع والأعباء بين من يستحقون الرعاية ومن هم قادرون على الدفع لها . وقد تكون المجموعتان واحدة ، وقد تكون مختلفة . وتشمل القرارات على المستوى الدقيق (من قبل الأفراد أو المؤسسات من مقدمى الخدمة) التى توجهها اعتبارات مبدأ العدالة التوزيعية ، ما إذا كانوا سيقبلون علاج المرضى غير المؤمن عليهم ، أو مرضى مديكير (الفقراء) ، وأنواع وكثافة الخدمات التى هم على استعداد لتقديمها . أما القرارات واسعة النطاق (المجتمعية أو الحكومية) فتشمل تحديد أولويات . بخصوص المنافع التى يجب توفيرها ، والمجموعات السكانية التى يجب تغطيتها وتحصيص تكاليف برنامج تأمين صحى شامل . وتدعو الافتراضات الأساسية لمفهوم الأحقية للرعاية الطبية إلى فحص كل من أهداف الفعالية والكفاءة والإنصاف من جهة ، والتوازن والتعادل بينهما من جهة أخرى .

وتشمل هذه الافتراضات مايلى : (١) تشير «الأحقية» إلى الأحقية فى الرعاية الطبية وليس الأحقية فى الصحة . (٢) الموارد لتحصيص الرعاية الطبية هى محدودة . (٣) يجب أن تعنى السياسة الصحية بتصميم آلية «عادلة» لتحصيص الموارد الطبية النادرة .

الشكل (١-٦) : مفهوم الأحقية إلى الرعاية الطبية .

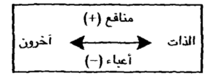
القضية الرئيسية

هل يتضمن الإنصاف فى الوصول إلى الرعاية ، أحقية إلى الرعاية الطبية حيث تشمل الأحقية مطالب ضدآخرين لسلع وخدمات الرعاية الطبية ؟



القضية الملازمة

ماهى المبادئ الأخلاقية لتقرير أى المطالبات هى العادلة حيث تشير العدالة الى التحصيص المنصف للمنافع والأعباء .



لاتعنى الأحقية للرعاية الصحية أو الرعاية الطبية أحقية إلى الصحة . فقد تساهم مجموعة مختلفة من العوامل الشخصية (مثل : السلوكيات مرتفعة الخطورة) أو المتلازمات البيئية (مثل : الفقر الدائم أو العنف الأسرى) التى تقع خارج النطاق الذى يعنى به نظام الرعاية الطبية ، والتى قد تساهم فى سوء الصحة . تكون إذن تقويمات فعالية الرعاية الطبية قيمة فى تثقيف صانعى السياسات عن الخدمات التى يكون من الحكمة فيها منح الحقوق (المطالبات) . إلا أن التعهدات بتحسين الصحة قد تتعدى الضمانات المجتمعية بضمان الوصول إلى الرعاية فقط .

يثير إدراك محدودية موارد الرعاية الطبية ، السؤال عن كيفية تخصيص هذه الموارد بأفضل السبل لتحقيق الأهداف المنشودة . ويساعد تطبيق مبادئ الكفاءة التخصيصية والإنتاجية لضمان الاستخدام الكفء لموارد الرعاية الطبية النادرة . كما يؤدى التشغيل الكفء لنظام الرعاية الطبية أيضًا إلى تحرير المزيد من الموارد ، لغايات أخرى مرغوبة (مثل : الاستثمار فى الصحة العامة أو التعليم) . فى صميم مفهوم العدالة ، كما هو مطبق على الرعاية الطبية ، تقع قضية أى المعايير تحدد نظام عادل لتحصيص موارد الرعاية الطبية النادرة (Aday and Anderson 1981) . يوفر النقاش التالى مؤشراً أخلاقيًا لتوجيه التحقيقات التجريبية فى هذا السؤال المعيارى العويص . والنقاط المرجعية المفاهيمية لمثل هذا التحقيق هى المناظير النظرية المتباعدة (وغالباً متناقضة) التى تحدد مفهوم العدالة نفسها (Daniels 1985 Douyherty 1980) . (انظر الجدول ١-٦) .

نظريات العدالة التوزيعية (الإنصاف) :

تؤكد نظريات العدالة المختلفة ، مبادئ مختلفة لتوزيع عادل للمنافع والأعباء كأساس لتحديد طبيعة وحدود الأحقية للرعاية الطبية .

الأهلية (Entitlement) .

تؤكد نظرية الأهلية لروبرت نوزيك (Robert Nozick) أن العدالة متأصلة فى حرية الشخص فى أن يقتنى ويستخدم ممتلكاته وموارده كما يشاء (Nozick1974) . ويكون الناس أهل لما يملكون طالما أنهم يحوزون عليه ، أو ينقلون ملكيته لهم ، من خلال سبل عادلة ، أى من خلال جهودهم ، أو أنهم يحصلون عليه كهبة ، أو إرث أو من خلال التبادل الخيارى مع الآخرين . كما أنه يجب على الحكومة أن لاتتدخل فى هذه الصفقات أو تحاول تنظيمها . بل يجب أن يسمح لـ «اليد الخفية» التى تحكم السوق الحرة بالعمل بدون أى إعاقة . عدا ذلك فالتدخل الوحيد المناسب هو لتصحيح الأوضاع . حيث يوجد دليل تاريخى واضح على أن الممتلكات أو الموارد التى يمتلكها البعض لم يحصلوا عليها من خلال سبل عادلة . إلا أنه غالبًا ما يصعب تجميع أو توثيق مثل هذا

الدليل . وتمثل نظرية الأهلية الأساس للأساليب المبنية على السوق التنافسية لسياسة الرعاية الصحية ، إذ يدعم هذا المنظور السياسات التى تعظم خيار المستهلك ورضاه (تفضيلاته) فى سوق الرعاية الطبية .

المساواتى (Egalitarian) :

ومن وجهة النظر المساواتية فإن الأساس هو المنظور الذى يرى أن لجميع الناس قيمة متساوية ، وأنه يجب معاملتهم بالتساوى ، فكما بين روبرت فيتش (Robert Veatch) ، قد تركز المساواتية على المساواة الإجرائية أو الكينونية (Substantive) – التشابة فى العلاج أو النتائج على التوالى – (Veateh 1981) . تؤكد المساواة الإجرائية على فرص متساوية لكل فرد للحصول على الرعاية ، بغض النظر عن الصفات الشخصية مثل : العمر أو الجنس أو العرق أو الدخل أونوع التغطية التأمينية ، أم إذا كان الشخص يقيم فى المدينة أم فى الضواحى . وتركز المساواة الكينونية على تضئيل الفروقات فى الحالة الصحية أو فى الاختلافات بين المجموعات (مثل : التفاوت بين السود والبيض فى وفيات الرضع) . وتركز اعتبارات الحقوق الإيجابية للرعاية الطبية من وجهة نظر المساواتية على كيفية تقليص أو القضاء على هذا التفاوت فى الصحة والرعاية والطبية .

الجدول (١-٦) : نظريات العدالة التوزيعية :

نظرية الأهلية (Eatitlement)

المنظر الرئيسى : روبرت نوزيك .

المبادئ الرئيسية : الأهلية :

الأشخاص أهل لما يمتلكون شريطة أن يحوزوه أو ينقلونه من خلال سبل عادلة .

الحرية :

لايجب على الدولة أن تفرض حقوق هذه الملكية ، وأن لاتتدخل فى توزيعها أى أن تترك «اليد الخفية» تؤدى عملها .

تابع الجدول (١-٦) نظرية العدالة التوزيعية :

نظرية المساواتية (Egalitarian) :

المنظر الرئيسى : روبرت فيتش .

المبادئ الرئيسية : القيمة المتساوية (Equal Worth) .

يستند مبدأ المساواة على افتراض القيمة الجوهرية المتساوية لجميع البشر .

الفرص المتساوية (Equal Opportunity) :

لكل شخص مطلب للرعاية الصحية التى يحتاجها لتوفير الفرصة للحصول على مستوى صحى متساوٍ ، بأكبر قدر ممكن ، مع المستوى الصحى للشخص الآخر .

نظرية التعاقدية (Contractarian) :

المنظر الرئيسى : جون رولز .

المبادئ الرئيسية : أعظم حرية متساوية (Greatest Equal Liberty) :

يجب أن يكون لدى كل شخص حق متساوٍ لأشمل نظم الحريات الأساسية المتساوية ، منسجم مع نظام مماثل للحرية للجميع .

التساوى العادل للفرص :

يجب أن ينال الأشخاص الذين لديهم قدرات ومهارات متماثلة (الفرص المتساوية) للحصول على الوظائف ونيل المناصب .

مبدأ الاختلاف :

يجب على المؤسسات الاجتماعية والاقتصادية أن تنظم بحيث تنفع الذين هم فى أسوأ حال بأعلى درجة ممكنة .

تابع الجدول (١-٦) نظرية العدالة التوزيعية :

النظرية المبنية على الحاجة (Needs- based) :

المنظر الرئيسى : نورمان دانييلز .

المبدأ الرئيسى : عمل الجنس البشرى الطبيعى :

الوفاء باحتياجات الرعاية الصحية يساعد على استمرار عمل الجنس البشرى الطبيعى والذى بدوره يؤثر تأثيراً جذرياً على حصة الفرد من المدى الطبيعى للفرص .

تساوى الفرص العادلة :

يجب أن يعنى المجتمع بتوفير الرعاية التى تضمن التساوى العادل فى الفرص للعمل الطبيعى .

نظرية المنفعية (Utilitarian)

المنظر الرئيسى : ديفيد هيوم .

: جيريمى بينتام .

: جون ستيوارت ميل .

المبدأ الرئيسى : المنفعة (Utility)

تشجيع أعظم منفعة لأكبر عدد من الناس

: الغائية (Teleological) (الترابطية Consequentialist) .

قياس قيمة النشاطات بنتائجها ، أى الغاية تبرر الوسيلة :

التعاقدية (Contractarian) :

تركز نظرية التعاقدية لجون رولز (John Rawls) على الجدال المتعلق بما يقرره الناس العقلانيون ، لو طلب منهم أن يجتمعوا ليستنبطوا مجموعة عادلة من المبادئ ، لتوزيع السلع المجتمعية على أن يعملوا وفق الافتراض النظرى ، قد يكونون فى أى موقع فى المجتمع حيث تطبق هذه المبادئ (بما فى ذلك أقلها ميزة اجتماعيًا واقتصاديًا) (Rawls 1971) وقد برر رولز ، أن مثل هؤلاء الناس سوف يتبنون المبادئ التالية حسب أهميتها : (١) تعظيم حقوق الجميع للحرية بتناغم مع نظام مماثل ، تكون فيه الحرية للجميع . (٢) ضمان التساوى العادل للفرص ، للأشخاص ذوى القدرات والمهارات المتماثلة . (٣) التأكيد على انتفاع الذين هم بأسوأ حال . ويميل المبدأن الأولان بقوة نحو المساواتية ويؤكد الثالث أنه إذا كان هناك مجموعة «لها اعتبار» أكثر من غيرها ، فهم الأشخاص الذين هم فى أسوأ حال ، ماديًا أو غيره . إذ يركز هذا المنظور على ضمان حقوق الذين هم أقل قدرة على شراء الرعاية أو يشفون .

على أساس الاحتياج (Needs - Based) :

تشير نظرية العدالة على أساس الاحتياج لنويان دانيلز (Norman Daniels) إلى أن الرعاية الطبية ضرورية للتطلع إلى الاحتياجات الإنسانية الدنيا «لعمل الجنس البشرى الطبيعى» (Normal Species Functioning) (Daniels 1985) . وتبرر الحقوق للرعاية الطبية من حيث دورها فى تأكيد وجود تساوٍ عادل لفرص العيش فى حياة طبيعية ، والتى ترتبط بالمعتقدات الأساسية فى نظرية رولز التعاقدية أيضًا .

يحض هذا المنظور على بحث ماقد تكون هذه الاحتياجات ، وماهى أقل مجموعة مرْضية من الخدمات الأساسية التى يمكن تقديمها . للوفاء بهذه الاحتياجات ، ويقترح دانيلز مايلى : الغذاء والمأوى الكافى وظروف عمل ومعيشة نظيفة وآمنة وغير ملوثة . والتمارين الرياضية ، والراحة ، ومقومات أسلوب الحياة الصحى ، والخدمات الشخصية الوقائية ، والعلاجية ، والتأهيلية ، وخدمات الدعم الشخصية (والاجتماعية) غير الطبية .

المنفعية (Utilitarian) :

توجد جذور نظرية المنفعية فى كتابات ديفيد هيوم (David Hume) وجيريمى بينثام (Jeremy Bentham) وجـون ستـيـورات مـيل (John Stewart Mill) (Dougherty 1988) . وهى فى أساسها ترابطية ، أو تتجه نحو الغاية ، فتقاس قيمة أى قرار أو نشاط بنتائجه : «الغاية تبرر الوسيلة» . والهدف الرئيسى هو تعظيم المنفعة - تشجيع أعظم منفعة لأكبر عدد من الناس - حتى أن صنع القرارات المبنية على منفعة التكلفة (Cost - Benefit) وفعالية التكلفة (Cost - Effectiveness) والسياسات المتجهة للسوق ، كلها راسخة فى منظور المنفعية ، ويؤيد المنفعيون حقوق الرعاية الطبية التى تضمن الوصول إلى الخدمات التى تعظم فيها المنافع التى يمكن قياسها (من منطلق الصحة والرفاه والإنتاجية على سبيل المثال) بالمقارنة لتكلفة هذه الخدمات (Culyer 1992) .

الخلاصة :

وفق مفاهيم العدالة التوزيعية المختلفة والحقوق المرتبطة بها ، التى تم استعراضها أعلاه ، فإن الإجابة على السؤال الأول الذى طرح فى هذا الفصل وهو : هل يتضمن الإنصاف فى الوصول للرعاية أحقية للرعاية الطبية ؟ هى ، إن مثل هذه الأحقية ، إما أن تكون عنصراً ضمنياً أو عنصراً واضحاً من أهداف الإنصاف .

تستمد العديد من المعايير المستخدمة فى تقييم عدالة نظام تقديم وتمويل الرعاية الطبية الحالى فى الولايات المتحدة من هذه المناظير النظرية فى العدالة .

الأساسات الأخلاقية والتجريبية لهدف الإنصاف فى الوصول إلى الرعاية الطبية

تشمل الأهداف الرئيسية للإنصاف فى الوصول للرعاية الطبية (١) تعظيم خيار المستهلك . (٢) عدم التمييز على أساس عوامل مثل : العمر والجنس والعرق ، أو القدرة على الدفع . (٣) ضمان معايير دنيا للجميع . (٤) التأكد من أن من يحتاجون الرعاية يحصلون عليها (٥) تقديم رعاية ذات جودة عالية بتكلفة يمكن تحملها .

توازى قواعد العدالة التوزيعية شائعة التطبيق هذه ، المبادئ الأخلاقية المستمدة من المناظير النظرية الرئيسية للعدالة : (١) حرية الخيار ، (٢) المعاملة المتساوية ، (٣) حد أدنى أساسى مرضى ، (٤) الاحتياج ، (٥) فعالية التكلفة (Aday and Anderson 1981, Outka 1975) ، وتزيد الخلافات على تأويل وتحديد تعريفات تفعيل (Operating detinitions) هذه القواعد والأهمية المقررة لكل منها ، حدة الجدل القائم حول كيفية تصميم برامج وسياسات الرعاية الصحية المنصفة .

على أساس هذه المعايير المختلفة ، فإن الإجابة على السؤال الثانى لهذا الفصل : «كيف يمكن تحديد أهداف الإنصاف لنظام الرعاية الطبية الأمريكى وهى تقديم الحرية وعدالة الفرص للحصول على الرعاية الطبية الكافية والفعالة» . ويسعى هذا الهدف إلى دمج وموازنة التشكيلة من المعايير المتنافسة لتقييم عدالة نظام الرعاية الطبية ، ويعكس العناصر الضمنية أو الظاهرة لأحقية الرعاية الطبية ، مجسدة فى النظريات البديلة للعدالة التوزيعية .

يلخص الجدول (٢-٦) الأسس الأخلاقية والتجريبية للهدف الذى يركز على الطريقة والمدى الذى تقدم فيه الرعاية وتستخدم .

إن كيفية تقديم الرعاية نظرياً ضرورية لكيفية استخدامها وبشكل كبير من محدداتها أيضاً . يميز الهدف ، تجريبياً ، الأثر المحتمل لمعوقات الوصول إلى الرعاية (مثل : عدم وجود مقدمى خدمات التوليد فى المناطق الريفية . أو الأحياء الفقيرة فى المدن) على الوصول الفعلى إلى الخدمة (نسبة النساء اللاتى ينشدن رعاية ماقبل الولادة) لمجموعة سكانية معينة (الأمهات فى المجموعة مرتفعة الخطورة) . يتخذ مقدمو الرعاية ومستهلكوها منافع ، ويتحملون أعباء . لذا يقصد الهدف فى المحصلة النهائية أن ينال الناس الرعاية الطبية الكافية والفعالة . لذا فإن معايير الفعالية والكفاءة المشروحة فى الفصول السابقة هى اعتبارات ضرورية ومترابطة فى تحديد ماهو كاف وفعال .

إن فحص هدف الإنصاف تقليدياً هو الأسلوب التجريبى ضمن بيئة الوصول إلى الرعاية إذ يشير «الوصول» إلى الدخول الممكن والواقع لمجموعة محددة من السكان . إلى نظام الرعاية الطبية . وتؤثر تركيبة نظام تقديم ذاته (توفر وتنظيم وتمويل

الخدمات) على احتمال الدخول إلى النظام ، وتؤثر كذلك طبيعة الرغبات والموارد والاحتياجات للمستهلكين المحتملين ، وينعكس تحقيق هدف الدخول فى معدلات الاستخدام الموضوعية للسكان ، إضافة إلى تقييم المرضى غير الموضوعى للرعاية التى ينالونها فى النهاية (Aday, Anderson, and Fleming 1980) .

الجدول (٢-٦) : الأسس الأخلاقية والتجريبية لهدف الإنصاف فى الوصول إلى الرعاية الطبية .

هدف الإنصاف فى الوصول إلى الرعاية الطبية	معايير الإنصاف	أبعاد الوصول	مؤشرات الإنصاف فى الوصول
تقديم الحرية	حرية الخيار	الوصول المحتمل مواصفات نظام تقديم الخدمة - التوفر - التنظيم - التمويل	توزيع مقدمى الخدمة أنواع المرافق مصادر المدفوعات
تساوى الفرص	معاملة متشابهة	مواصفات السكان - المواصفات المعرضة (العمر - الجنس - العرق - التعليم) - المواصفات الممكنة (الدخل - مصدر الرعاية المعتاد - التأمين - الاحتياج (المدرك - المقيم)	مصدر الرعاية المعتاد تغطية التأمين
الحصول على الرعاية الطبية الكافية والفعالة	حد أدنى مرضى الاحتياج فعالية التكلفة	الوصول الفعلى نوع الاستخدام هدف الاستخدام - الرضا العام - المحدد بمراجعة طبية	استخدام خدمات مختارة استخدام الخدمة بالنسبة للاحتياج الرأى العام رأى المريض

- يبرز النقاش التالى المؤشرات الرئيسية للوصول المحتمل أو المحقق ، التى يمكن استخدامها كقياسات تجريبية للإنصاف . ويقدم الفصل القادم الأدلة البحثية المتعلقة بكيفية أداء النظام من منطلق هذه المعايير .

حرية الخيار (Freedom of Choice) :

المفهوم : يتطابق مبدأ حرية الخيار بشدة مع مفهوم «الأهلية» للعدالة لنوزيك (Nozick) . ويؤكد هذا المبدأ أهمية تعظيم إرضاء أذواق وتفضيلات الأشخاص ، فى تحديد من يحصل على أى نوع من الرعاية . ويدعم مؤيدو هذا التوجه تشغيل قوى العرض والطلب المبنية على السوق ، لتحصيص الرعاية الطبية .

المؤشرات : المؤشرات التجريبية للوصول إلى الرعاية ، حسب معيار حرية الخيار ، هى توفر وتوزيع موارد الرعاية الطبية على المستهلكين ، فعلى سبيل المثال - القوى العاملة ، (مثل : أطباء الرعاية الأولية والإخصائيين) نسبة المرافق ، (مثل المستشفيات أو أسرة المستشفيات) للسكان وبيانات القوى العاملة الطبية أو من مقدمى الخدمة الطبية المرتبطة (مثل : منظمات الحفاظ على الصحة (HMO) ومقدم الرعاية المفضل (PPO) فى منطقه خدمة معينة (أو سوق) ، هى مؤشرات للتجهيزات الأساسية من مقدمى الخدمة لواقع تقديمها للمستهلكين .

تحدد أيضًا لوائح مقدمى الخدمة المفضلين المرتبطين مع برامج التأمين الصحى المدعوم من قبل أرباب العمل مدى خيار المشتركين لمصدر دائم للرعاية الطبية . وتشمل المؤشرات الأخرى للدرجة التى قد تكون فيها قرارات المرضى مقيدة ، وبيانات عن ساعات عمل العيادات وتواجد مقدمى الخدمة أثناء الليل وخلال نهاية الأسبوع أو فى الحالات الطارئة ، ومتوسط الزمن المطلوب للحصول على موعد لرؤية الطبيب أو مقدم آخر للرعاية بعد الوصول إلى المرفق . كما تملى أيضًا مواصفات نظام التمويل فى منطقة ما ، مثل سخاء برنامج مديكير فى ولاية ما ، أو نوع ومجال المنافع التى

يقدمها كبار أرباب العمل ، والتدابير الخاصة أو العامة المحلية للذين لايتمتعون بتغطية تأمينية من طرف ثالث ، والخيارات التى يستطيع المستهلكون أن يتحملوا تكاليفها بواقعية . وتنتج احتياطات مشاركة التكلفة الكبيرة أو التكاليف الطبية غير المؤمن عليها ، قرارات التنازل عن الأهداف أو تضحية بالموارد الشخصية المخصصة لاستعمالات أخرى – مثل اضطرار سيدة مسنة إلى استعمال مدخراتها ومدخرات زوجها (أو تبددها) إلى أن يتمكن الزوج من التأهل لتغطية دار المسنين تحت برنامج مديكيد .

المعاملة المتشابهة (Simi treatment) :

المفهوم : مبدأ المعاملة المتشابهة هو عقيدة معرفة للمفهوم المساواتى للعدالة . ويشير فين (Fein 1972) إلى العدالة التوزيعية المستمدة على هذا الأساس «بالإنصاف الرأسى» (Vertical equity) . ذلك أنه لايجب معاملة الذين يحتلون أقل مستوى اجتماعى ولديهم أقل نفوذ فى المجتمع ، أسوأ من الأغنياء وأصحاب النفوذ . ويشدد هذا المبدأ على أن العمر والجنس والعرق ، وما إذا كان الشخص مُؤمنًا بمديكيد أو بالتأمين الخاص ، أو بدون أى تأمين صحى ، لايجب أن تملى أن الناس الذين لديهم احتياجات متشابهة يدخلون أبوابًا مختلفة (مثل : عيادات الأطباء الخاصة مقابل غرف طوارئ المستشفيات) أو يعاملون معاملة مختلفة (من حيث نوع وكثافة الخدمة المقدمة) بنظام الرعاية الطبية .

المؤشرات : يسعى معيار المعاملة المتشابهة إلى تقييم الاختلافات بين المجموعات ، التى قد تشير إلى تباين فى الوصول إلى الرعاية الطبية . وتوفر ملاءمة وخصائص الأماكن التى يقصدها الناس للرعاية الطبية ، وبيانات عما إذا كان هناك تباين فى معاملة الأشخاص فى تلك الأماكن . كما أن نقل المرضى لأسباب غير طبية (وخاصة على أساس تشخيصات مالية وليست بدنية) دلائل على عدم الإنصاف ، بتطبيق معيار المعاملة المتشابهة . تتولى بعض المرافق أو مقدمى الخدمة أعباء غير متناسبة من الرعاية غير المعوض عنها للمعوزين طبيًا ، مما يدعو إلى التساؤل عما إذا كانوا يتكبدون أكثر من حصتهم من وجهة النظر المساواتية (Egalitarian) .

حد أدنى أساسى مُرضى (Decent, Basic Minimum) :

المفهوم : جادل بعض النقاد فى أن البديل الأكثر عدلاً ، من إجراءات سوق الرعاية الطبية غير المقيدة ، هو التوكيد على أساس «حد أدنى أساسى» من الرعاية للجميع ، مع السماح لقوى السوق بالعمل على تحصيص الخدمات فوق هذا الحد الأدنى . بالتغاير مع المساواتية البحتة ، فإن المستهلكين الذين لديهم موارد أكثر من غيرهم سوف تكون لديهم الحرية والفرصة لشراء رعاية طبية فوق الحد الأدنى (Blumestein and Zubkoff 1979, Fein 1972; Fried 1976) .

من المشكلات الرئيسية فى مجموعة خدمات «الحد الأدنى الأساسى المرضى» ، كيفية تقرير ماذا وكم يجب أن يشمل (Agich and Begley 1985) . يتضمن تصييغ نورمان دانيلز (Norman Daniels) لمتطلبات تعظيم الأداء الإنسانى ، مجموعة عريضة من خدمات الرعاية الطبية وخدمات الصحة العامة والخدمات الاجتماعية المتصلة بها . وتشمل اعتبارات سلسلة الرعاية المتصلة المطلوبة لمعالجة مشكلات الرعاية الصحية ، أيضًا خدمات الرعاية الأولية والرعاية الطبية الحادة والرعاية طويلة المدى ، على أقل تقدير . ومع أن تشكيلة من المعايير تشترك فى محاولات لتحديد مجموعة خدمات الحد الأدنى الأساسى المرضى ، يوفر هذا الإطار أساسًا لتقييم ما قد يكون للأشخاص حق فيه ، فى مراحل مختلفة من التماس الرعاية .

المؤشرات : يمكن قياس معيار «الحد الأدنى الأساسى المرضى» من خلال أنواع وشمولية الخدمات التى تتضمنها مجموعة منافع خدمات صحية معينة . ويشمل تأمين برنامج مديكيد وتشريع منظمات الحفاظ على الصحة (HMO) مجموعة أساسية من المنافع المعتمدة فدراليًا ، ولكن الولايات ، وبرامج التأمين تقرر الخدمات الخيارية التى ترغب فى تقديمها (مثل وصفات الأدوية ورعاية الأسنان والرعاية الشخصية ورعاية القدم والخدمات التخصصية الأخرى) . أثارت جهود ولاية أوريجون لتحديد أولويات للخدمات المختلفة المؤمنة ضمن برنامج مديكيد صخبًا جليًا حول العدالة ، مما دعا إدارة تمويل الرعاية الصحية (Health Care Financing Administration) إلى رفض منح تنازل فى عام ١٩٩٢م ، يمكن برنامج مديكيد فى أوريجون من سن التدابير

(Eddy 1991; Hadon 1991) . من الافتراضات الأساسية لمنهجية المجموعات المتصلة تشخيصياً (DRG) المستخدمة لتعويض خدمات المستشفيات تحت نظام مديكيد ، هو إمكانية تحديد مجموعة من الخدمات ملائمة لتلبية احتياجات المرضى . إلا أن نقاد أساليب المدفوعات هذه ، جادلوا على أنه يتم إخراج مرضى مديكير المسنين من المستشفى «أسرع وأمرض» بدون احتياطات كافية للرعاية طويلة المدى (Kosecoff etal 1990; Sager etal 1987; wood and Estes 1990) .

الاحتياج (Need) :

المفهوم : تدعم نظرية رولز (Rawls) التعاقدية (Contractarian) للعدالة الاجتماعية ، وكذلك نظرية دانيلز (Daniels) المبنية على الاحتياجات ، للإنصاف تركيزاً أساسياً للوفاء بالاحتياجات الأساسية كمعيار لتحصيص الرعاية الطبية . وقد يكون تقرير من يحتاج إلى الرعاية صعباً ومكلفاً (Braybrooke 1987) . وتنص النظرية الاقتصادية على أن الطلب المعبر عنه ، هو أكثر الأسس منطقية لتحصيص موارد الرعاية الطبية النادرة . وقد تكون الاحتياجات فى الواقع غير منطقية ، ويصعب ضبطها مالم تكن مقيدة بإدراك أن الناس على استعداد للدفع لإشباع رغباتهم وأذواقهم ، وعلاوة على ذلك ، قد يكون الإجماع المهنى والمجتمعى مطلوباً لتحديد أى الاحتياجات تلبى عندما تكون الموارد محدودة .

المؤشرات (Indicators) :

تسعى مؤشرات الإنصاف من منظور الاحتياج إلى تقييم مدى الاحتياجات الطبية المشبعة وغير المشبعة فى المجموعة السكانية ، وأحياناً يسأل مستجيبو المسوحات أسئلة تهدف إلى الحصول على إدراكهم غير الموضوعى ، للدرجة التى حققت فيها احتياجاتهم مثل : هل احتجت أو أحد أفراد أسرتك أن تزور الطبيب ولم تتمكن من ذلك لسبب ما ؟ إذا كانت الإجابة «نعم » فلماذا ؟ . وتلخص مؤشرات أخرى تقارير المستجيبين الموضوعية عن عدد زياراتهم للطبيب ، مقارنة بعدد أيام العجز التى عانوا منها خلال العام (نسبة الاستخدام للعجز) ، أو تقارن عدد الأشخاص الذين اتصلوا

فعلاً بالأطباء لمجموعة من الأمراض مقابل عدد الأشخاص ، الذين قررت لجنة من الأطباء أنه عليهم الاتصال بالطبيب لهذه الأعراض (نسبة الاستجابة للأعراض) لتقييم الدرجة التى حصل فيها على الخدمات المطلوبة (Aday, Anderson, and Fleming 1980) . وتنعكس كذلك عدالة نظام الرعاية الطبية على ضوء هذا المعيار فى النسب التى تقارن معدلات الوصول إلى الرعاية المحققة بين المجموعات – مثل : النسبة المئوية للأشخاص المصابين بأمراض مزمنة الذين زاروا الطبيب خلال العام من الفقراء ، ونفس النسبة لمثل هؤلاء الأشخاص من غير الفقراء ؛ ونسبة الأرجحية (Odds Ratio) أو الاحتمال لالتماس الرعاية خلال الثلاثة أشهر الأولى من الحمل للنساء المؤمن عليهن بنظام مديكيد مقابل اللاتى يتمتعن بالتأمين الصحى الخاص ، ونسبة الوفاة بسبب ارتفاع ضغط الدم غير المعالج بين الأفارقة الأمريكان بالمقارنة بالبيض .

فعالية التكلفة (Cost effectiveness) :

المفهوم : أصبحت فعالية التكلفة وتحليلات منفعة التكلفة (Cost- benefit) المزاملة ، على أساس نظرية المنفعية (Utilitarian) للحكم على صحة أو خطأ الأفعال بتوازن المنافع والأعباء الناتجة بازدياد ، نقطة التركيز فى تقدير أنواع البرامج التى يجب تمويلها وفئات الخدمات التى يجب التأمين عليها ، ضمن نظم التأمين الصحى الخاص والعام . (تمت مناقشة المنهجيات والقياسات المستخدمة فى تحليلات منفعة التكلفة وفعالية التكلفة فى الفصل الرابع) إلا أن المؤمن عليهم قد يختارون عدم تأمين أكثر الخدمات فاعلية للتكلفة ، بسبب القيم المجتمعية المتنافسة ، أو بسبب المعايير المهنية ، فعلى سبيل المثال يصف روزنبلات (Rosenblatt 1989) مفارقة ماحول الولادة (Perinatal Paradox) المستلزمة فى عقود التأمين ، التى تؤمن على حديثى الولادة ومرتفعى الخطورة الذين لديهم إمكانية شبه عامة للحصول على تقنيات رعاية حديثى الولادة المكثفة ، التى تنقذ الحياة ، وهى مرتفعة التكاليف ، ولكنها لاتعطى ضمانات مماثلة للحصول على مايكفى من رعاية ماقبل الولادة . وقد ثبت أن رعاية ماقبل الولادة ، هى تدخلات ذات فعالية تكلفة مرتفعة ، لمنع وقوع نتائج غير ملائمة للولادة أساساً . كما أشار الخلاف على الجهود لتحديد المجموعة الأساسية من الإجراءات والخدمات التى

يجب أن يشملها تأمين مديكيد فى ولاية أوريجون بشكل مماثل إلى ميل كل من صانعى القرار والجمهور إلى تحديد أهمية أكبر للأشخاص أو الأرواح التى يمكن تعريفها ، بدلاً من الأعداد الإجماليـــة الإحصائية للأرواح التى أنقذت ، عند تقييم خيارات السياسة الصحية (Hadron 1991) . بالإمكان اعتبار شخص ما بحاجة إلى إجراء معين ، إلا أن تكاليف توفير هذا الإجراء مرتفعة ، والمنفعة المحتملة على المدى الطويل مشكوك فيها من حيث تحسين نوعية الحياة أو مدتها .

ظهرت مشكلات ومعضلات موازنة الاحتياج ، ومعايير فعالية التكلفة ، على السطح مباشرة فى المناقشات التى دارت فى ولاية أوريجون حول المعايير المستخدمة لتقرير أى الإجراءات والخدمات يجب أن يؤمن عليها برنامج مديكيد فى تلك الولاية (Hadron 1991) . وقد بدا أن التفاضل الأولى لمنفعة التكلفة ، فيما يتعلق بما يجب شمله ، يؤيد العلاجات الثانوية ، قليلة التكلفة ، على تلك المكلفة التى تنقذ الأرواح ، إلا أنه ، فى استجابة للانتقادات الأخلاقية ، أجريت المراجعات والتنقيحات التى استبعدت التكلفة بحد ذاتها وسعت إلى إيجاد التوازن بين الاحتياج ومعايير الفعالية .

وتم تحديد أولويات لتلك الإجراءات ، التى قدر أنها بالمجموع ، تنتج أكبر منفعة صحية ممكنة ، مع كون التكلفة اعتباراً ثانويًا . وأعطيت الأدلة السريرية اعتباراً مصاحبًا ، لتوضيح الإشارات (أو أنواع المرضى) التى تكون فيها خدمات محددة بأقصى ضرورة .

المؤشرات (Indicators) :

كان التركيز الأساسى فى تقرير الجمعية الطبية (The Institute of Medicine) عن «الوصول إلى الرعاية الصحية فى أمريكا» ، تطوير مؤشرات الاستخدام بالنسبة للاحتياجات التى يمكن فيها أن تؤثر الرعاية الطبية إيجابيًا (زيارات لرعاية ماقبل الولادة وتحصين الأطفال والمسوحات المبكرة لتقصى الأورام السرطانية والدخول إلى المستشفى ، الذى يمكن تفاديه وغيرها) (Institute of Medicine 1993) ، وتمثل النتائج من جهود بحوث الخدمات الصحية الهامة ، مثل : تجربة راند للتأمين الصحى ،

ودراسة النتائج الطبية ، ودراسات فريق بحث الفعالية الطبية ونتائج المرضى التى مولتها وكالة سياسات وبحوث الرعاية الصحية (AHCPR) ، أساساً معرفياً موضوعياً لتعيين أكثر الخدمات فعالية وكفاءة لضمها إلى «الحد الأدنى الأساسى المُرضى» (وكذلك الحد الأقصى) من الخدمات التى يجب التأمين عليها (Agency for Health Care Policy and Research 1991;Lohr et al1986; Stewart et al 1989) .

رضا المَرْضى هو مؤشر على الوصول المحقق و «الصالح» الذى يرى المريض أنه نتج عن الرعاية ، وبالإمكان سؤال الناس عن رضاهم عن نظام الرعاية الطبية عامة ، أو عن رضاهم عن مصدرهم المعتاد للرعاية ، أو عن رضاهم عن الرعاية التى تلقوها فى آخر زيارة لهم .

وقد تم تطوير الكثير من الأسئلة والمقاييس لهذا السبب (Aday, Anderson, and Fleming 1980; Blendon and Taylor 1989, Hulka et al 1975; ware and snyder 1975) . كما يتم الحصول على تقديرات إدراك المرضى للمنافع من خيارات العلاج المختلفة ، بسؤالهم عن المقايضات التى هم على استعداد لاتخاذها على أساس النتيجة المحتملة ، للخيارات المختلفة ، مثل : إضافة خمس سنوات للحياة التى تتطلب المعاونين لقضاء الحاجة ، مقابل التكهنات غير المؤكدة المرتبطة باستخدام علاج كيماوى تجريبى (Torrance 1986) .

الخلاصة :

يفترض ، ضمنياً أو ظاهرياً ، هدف نظام الرعاية الصحية الأمريكى ، للوصول إلى الرعاية الطبية ، كما بين هنا ، التعهد بضمان أحقية محدودة للرعاية الطبية . وتعريف «الأحقية» المتضمن فى هذا الهدف ، هو توفير الحرية ، وتساوى الفرص للحصول على رعاية طبية فعالة وكافية . ويتطلب هذا الهدف التزامات ومنافع لكل من مقدمى الخدمة (أو مموليها) ومستهلك الرعاية الطبية ، إلا أن المحصلة النهائية هى تقديم الرعاية الطبية الفعالة والكافية للجميع .

ستختلف الآراء حول أى عناصر الهدف يجب التركيز عليها ، و كيفية قياسها وتطبيقها ، وبأى جدارة يمكن للنظام الحالى ، إضافة إلى المقترحات الداعية إلى التغيير ، أن يحقق الهدف ، وبإمكان بحوث الخدمات الصحية أن تعين على توضيح وإعلام الجدل حول هذه القضايا .

منهجيات رئيسية لتقييم الإنصاف فى الوصول إلى الرعاية الطبية :

تصاميم الدراسة :

باستطاعة ثلاثة أنواع رئيسية من بحوث الخدمات الصحية المساعدة فى تحديد وتوضيح هدف الإنصاف ، ومدى نجاح البرامج والسياسات فى تحقيقه . وتشمل بحوث الخدمات الصحية ، البحوث الوصفية ، والتحليلية ، والتقييمية (Aday 1989) . وتركز البحوث الوصفية على تصوير خصائص الوصول إلى الرعاية فى النظام . وتوفر مجموعة من مصادر البيانات المعلومات الأساسية عن نظام الرعاية الطبية الأمريكى ، ويستخدم باحثو الخدمات الصحية هذه المصادر لتطوير مؤشرات المقاييس الرئيسية للنظام وكيفية الأداء ، فيما يتعلق بالإنصاف فى الوصول إلى الرعاية . (انظر الجدول ٦-٢ والملحق ٧-١) .

وتوجه البحوث التحليلية لفهم علاقة مواصفات النظام ، والمواصفات السكانية ، لتحقيق نتيجة حصول السكان على الرعاية الطبية الفعالة والكافية . وتفيد هذه الدراسات فى توضيح وإلقاء الضوء على أثر المتغيرات وثيقة الصلة بالسياسات ، مثل نوع ونطاق التأمين الصحى على استخدام الخدمات .

وجه الهيكل الذى طوره آداى وآندرسون (Aday and Anderson) لدراسة الوصول إلى الرعاية ، الكم الكبير من البحوث التحليلية عن الإنصاف . ويكمل هذا الهيكل ، الحكم غير الموضوعى ، بأن النظام يعتبر عادلاً إذا كانت المعايير المبنية على الاحتياج هى التى تحدد ما إذا كانت الرعاية قد التمست ، وكم مقدارها ، عوضًا عن معايير الموارد (مثل التأمين الصحى والدخل) (Aday and Anderson 1981) .

من الصعوبات التى تواجه باحثى الخدمات الصحية فيما يتعلق بالبحوث التحليلية فى المستقبل عن هدف الإنصاف المعرف هنا ، هى تحديد أنواع خدمات الرعاية الطبية التى بإمكانها إزالة الاحتياج أو تحسينه . فالدخول إلى الرعاية الطبية لمشكلة صحية ، لاتستطع الرعاية الطبية أن تتعامل معها ، يطرح التساؤل عن ماذا يؤثر على الوقاية من المشكلات الصحية أو يعالجها . وبإمكان البحوث التحليلية على متلازمات ونتائج الصحة والأداء الإنسانى ، أن توفر الإجابات للأسئلة المتعلقة بما إذا كانت الاستثمارات فى الرعاية الطبية أوفى نظم أو خدمات أخرى أنسب الأسس لتحصيص الموارد المجتمعية النادرة (Kaplan and Anderson 1988) .

تقدر البحوث التقييمية مدى نجاح البرامج التى طورت وطبقت على أساس البحوث الوضعية والتحليلية السابقة ، فى تحقيق الإنصاف فى الوصول إلى الرعاية . وتعتمد هذه الدراسات فى المقام الأول تصميم شبه التجريبى (Quasi - EXperimental design) لتحديد نتائج البرامج والسياسات . وهذا النوع من البحوث ، له منفعة خاصة فى تثقيف صانعى السياسات عن أى البرامج أو الخدمات ، ذات أفضل أداء ولماذا . فعلى سبيل المثال إن تجربة راند (RAND) للتأمين الصحى هى تجربة اجتماعية هامة وساهمت مساهمة فعالة وجوهرية ومنهجية فى إلقاء الضوء على تأثير بدائل التأمين الصحى المختلفة على استخدامات وتكلفة ونتائج الرعاية الطبية . وقد كونت نتائج هذه الدراسة قاعدة للتأمل والتفكير فى التصاميم المستقبلية للنظم العامة والخاصة لتمويل الرعاية .

مصادر البيانات (Data Sources) :

قد يكون التركيز الأولى لدراسات الوصول إلى الرعاية ، هو ونظام الرعاية الطبية ككل ، أو منشآت محددة ضمن النظام ، أو السكان الذين يخدمهم النظام أو المرافق ، إضافة إلى ذلك ، بالإمكان إجراء دراسات الوصول إلى الخدمة على المستوى الوطنى أو الإقليمى أو المحلى (المقاطعة أو المجتمع) . وقد تستلزم مثل هذه الدراسات جمع بيانات جديدة (أولية) إضافة إلى استخدام البيانات التى تم جمعها لأغراض أخرى (بيانات ثانوية) . يوجز الجدول (٣-٦) الأنواع الرئيسية من البيانات الأولية والثانوية

لتقييم الوصول إلى الرعاية ، على مستوى النظام والمنشآت والمجموعة السكانية (Aday 1989; Aday, Sellers, and Anderson 1981) .

تركز البيانات التى تصف الوصول الى الرعاية على مستوى النظام على تيسر وتنظيم وتمويل الخدمات ، كخصائص هيكلية كلية . (Chitty and Schatz 1988; Kral-ovec and Andes 1988; National canter for Health Statistics 1989 Singer, Meyerhoff and Sehiffman 1985) .

تستخدم مصادر البيانات الثانوية أغلب الأحيان لهذا النوع من التحليل ، فعلى سبيل المثال جمع مكتب المهن الصحية (Bureau Health Professions) ضمن إدارة الموارد والخدمات الصحية (Health Resources and Services Administration) ملف موارد المنطقة على الحاسب الآلى ، ويشمل عدداً كبيراً من البيانات الصحية وبيانات الرعاية الصحية حسب المقاطعة (County) أو للمنطقة المدنية الإحصائية (Metorpolitan Statistical area) وتنشر الجمعية الطبية الأمريكية (American Medical Assoiation) وجمعية المستشفيات الأمريكية (Arencan Hospital Assoiation) إضافة إلى مجموعات مقدمى الخدمة الأخرى ، أدلة بشكل روتينى ، وفى بعض الأحيان يتوفر لديهـا بيانات على الحاسب الآلى عن خصائص وتوزيع القوى العاملة الطبية . كما يجمع المركز الوطنى لإحصاءات الصحة (The National Center for Health Statistics) بيانات عن خصائص واستخدامات المستشفيات ودور المسنين والعيادات الخارجية للرعاية الطبية . كما تنشر إدارة تمويل الرعاية الصحية (Health Care Financing Administration) وجمعية التأمين الصحى الأمريكية (Health Insurance Association of America) بشكل دورى معلومات عن مبالغ ، وتوزيع الإنفاق حسب المصادر ، من كبار المولين من القطاع العام (مثل مديكير ومديكيد) وممولى الطرف الثالث من القطاع الخاص (Third Party payer) على المستوى الوطنى وإلى حدما على مستوى الولاية .

تتطلب إدارات الصحة العامة ، أو مقدم الرعاية الخاصة (مثل : شركات منظمات الحفاظ على الصحة (HMO) الوطنية التى تعتزم الدخول إلى السوق) إما لمعلومات أكثر حداثة ، أو أكثر تفصيلاً ، عن أنواع الخدمات المقدمة ، أو لمحة عن العملاء

المراجعين للمرافق فى منطقة ما ، عما هو متوفر فى مصادر البيانات الحالية . فى هذه الحالة بإمكان الجهات أو المنظمات ذات العلاقة ، أن تجمع البيانات الأولية على أساس المقابلات مع المخبرين الرئيسيين فى المجتمع ، والاتصالات الهاتفية لمقدمى الرعاية لطلب الكتيبات التى تصف خدماتهم أو المسوحات الشاملة .

الجدول (٣-٦) : المصادر الرئيسية لبيانات تقييم الإنصاف فى الوصول إلى الرعاية الطبية .

محور الدراسة	مصادر البيانات	
	الأولية	الثانوية
النظام	قوائم منطقة السوق	ملفات موارد المنطقة
المنشآت	مسوحات المرضى	ملفات المرضى
السكان	المسوحات السكانية	التعداد والدراسات الأخرى

المصدر Aday 1989; Aday , Sellers and and Anderson 1981 .

لمقدمى الخدمة لجمع البيانات عن البرامج والخدمات المقدمة والمستفيدين منها .

تشمل البيانات الثانوية شائعة الاستخدام فى المنشآت لتقييم الوصول إلى المرافق ، ملفات المرضى والملفات المالية أو أى ملفات أخرى فى المنشأة . وتستخدم دراسات مصادر المرضى معلومات عنوان المريض ورمزه البريدى ، لتعيين المنطقة التى يجتذب منها أغلب المرضى ، وبالإمكان أيضاً استخدام بيانات ملفات المرضى إذا كانت متوفرة على ملفات الحاسب الآلى كأساس لإنتاج صورة عن التركيبة الديموغرافية (العمر- الجنس - العرق) ، أو الشكاوى الرئيسية للمرضى المراجعين فى المرفق ، وكذلك توفر الملفات المالية مؤشراً لمستوى الرعاية ، غير المعوض عنها ، أو المعوض عنها بأقل مما يجب ، التى يقدمها المرفق ، ولأى أنواع من المرضى والخدمات . وتستخدم موارد مؤسساتية أخرى (مثل : سجلات أداء العيادة أو ملفات الإحالة لغرفة الطوارئ) لإجراء الدراسات عن حجم وشكل الزيارات غير المجدولة والتحويل داخل المؤسسة ، المدفوعة بأسباب غير طبية .

مسوحات المرضى هى المصدر الرئيسى للبيانات الأولية ، لتقييم الوصول إلى الرعاية على المستوى المؤسساتى . إذ تستقرئ مسوحات المرضى انطباعات الأشخاص غير الموضوعية والشخصية عن تجربتهم فى مرض معين (كم اضطروا لانتظار الطبيب) والتى قد تتطابق أو قد لاتتفق مع ملفات المؤسسة الأكثر موضوعية ، أو مصادر البيانات (تقديرات متوسط وقت الانتظار فى العيادة على سبيل المثال) وقد تعكس هذه الانطباعات غير الموضوعية درجة رضا الناس والمستخدمين الأوفياء للمرفق أكثر من المؤشرات الموضوعية المبنية على بيانات الملفات .

تشمل الدراسات ، على أساس سكانى ، عن الوصول إلى الرعاية ، الأشخاص الذين قد لايستخدمون نظام تقديم الرعاية ، أو مرفق ، إضافة إلى الذين يستخدمونها . وتفيد المسوحات السكانية فى قياس العوائق التى تحول دون التماس أشخاص أو مجموعات للرعاية . وقد فحص عدد من المسوحات الوطنية كبيرة المستوى ، الوصول إلى الرعاية والنزعات على مر الزمن ، للمجموعة السكانية فى الولايات المتحدة ككل ، منها سلسلة دراسات مركز الإدارة الصحية فى جامعة شيكاغو ، على استخدام الرعاية والوصول إليها ، ومسوحات لوهاريس (Lou Harris) فى مؤسسة روبرت وودجنسون الوقفية (Robert Wood Johnson Foundation) ومسوحات إنفاق الرعاية الطبية الوطنية ، لوكالة سياسات الرعاية الصحية وبحوثها (Agency for Health Care policy and Research) ، ومسوحات المقابلات الصحية للمركز الوطنى للإحصاء الصحى وغيرها (National Center for Health Statistics) ، إلا أن إجراء مثل هذه المسوحات معقد ومكلف ، وقد تفتقر الوكالات المحلية ، أو على مستوى الولاية ، إلى الموارد والخبرات لإجراء مثل هذه الدراسات (Aday 1987) .

من الأنواع الرئيسية للبيانات الثانوية المستخدمة فى تصوير وصول المجموعة السكانية ، المحتمل أو الحقيقى ، للرعاية الصحية على مستوى الولاية أو المستوى المحلى ، التعداد أو بيانات الإحصاء الحيوية (Census or Vital Statistics) والتقديرات المركبة (Synthetic Estimates) المبنية على المصادر الوطنية . وتستخدم إجراءات التقديرات المركبة البيانات ، المجموعة على المستوى الوطنى (عن معدلات الاستخدام

لمجموعات عمرية وجنسية وعرقية محددة) لتعزو مايحتمل أن تكون التقديرات على مستوى الولاية أو المستوى المحلى (علماً بتركيبة العمر والجنس والعرق فى الولاية أو المجتمع) (Cohen 1980; Gaetano etal 1980; Natioual Center For Health Statistics 1977) .
كان السؤال الرئيسى الذى بدأ به هذا الفصل «هل يتضمن الإنصاف فى الوصول إلى الرعاية أحقية إلى الرعاية الطبية ؟» وكانت الإجابة المقدمة ، أن مثل هذه الأحقية إما أن تكون عنصراً ضمنياً أو تكون عنصراً ظاهراً من هدف الوصول إلى الرعاية . ويعتمد ما إذا كانت الحقوق للرعاية الطبية تتطور إلى «أهلية» (Entitilment) قانونية ، على نتائج حوارات السياسة عن عدالة المطالبة . أما السؤال الثانى المرافق الذى أجيب عليه فى هذا الفصل «كيف يمكن تحديد هدف الإنصاف فى نظام الرعاية الطبية الأمريكى ؟» فإن الإجابة المقدمة المبنية على مراجعة لمساهمات بحوث الخدمات الصحية ، المفاهيمية والمنهجية ، لدراسة الإنصاف ، وفى محاولة لدمج وتركيز الآراء المتنافسة عن العدالة ، هى «لتوفير الحرية والمساواة فى الفرص للحصول على رعاية طبية فعالة وكافية» .

وتكون التحديات التى تواجه باحثى الخدمات الصحية من حيث الدراسات الوصفية والتحليلية والتقييمية المستقبلية حول هذا الهدف كما يلى :

- **الوصفية** : تعيين وتطوير مؤشرات استخدام الرعاية الطبية بالنسبة للاحتياجات التى يمكن للرعاية الطبية أن تؤثر إيجابياً .
- **التحليلية** : تركيز البحوث التحليلية على فحص تأثير تنظيم وتحويل الرعاية الطبية على نتائج المرضى .
- **التقييمية** : تقييم النماذج الحالية ، والمبتكرة لتقديم الرعاية والتأمين الصحى من حيث أدائها فى توفير الرعاية الفعالة الكافية . ويراجع الفصل السابع الدليل التجريبى على المدى الذى تحقق فيه هدف الإنصاف فى الوصول إلى الرعاية فى الولايات المتحدة .

المراجع :

- Aday, L. 1989. Designing and Conducting Health Surveys: A Comprehensive Guide. San Francisco: Jossey-Bass.
- Aday, L., and R. Andersen. 1981. "Equity of Access to Medical Care: Aconceptuall and Empirical Overview." Medical Care 19 (Supp): 4-27.
- Aday, L., R. Andersen, and G. Fleming. 1980. Health care in the U.S.: Equitable for whom? Beverly Hills: Sage Publications.
- Aday, L., C. Sellers, and R. Andersen.1981. "Potentials of Local Health Surveys: A State- of - the - Art Summary." American Journal of Public Health 71: 832-40.
- Agency for Health Care Policy and Research. 1991. Report to Congresso : `Progress of Research on Outcomes of Health Care Services and Procedures. AHCPR Pub. No. 91-0004. Rockville MD: Agency for Health care policy and Research.
- Agich, G., and C. Begley. 1985. "Some Problems with Pro-competition Reforms."Social Science and Medicine 21: 623 - 30.
- Anderson, O. W. 1990. Health Services as a Growth Enterprise in the United States Since 1875 2d ed. Ann Arbor: Health Administration Press.
- Blendon, R., and H. Taylor. 1989. "Views on Health Care: public Opinion in Three Nations." Health Affairs 8 (March) : 149-57.
- Blumstein, J., and M. Zubkoff. 1979. "Public Choice in Health : problems, Politics and perspectives on Formulating National Health policy." Journal of Health politics, policy and Law 4: 382 - 413.
- Braybrooke, D. 1987. Meeting Needs. Princeton: Princeton University Press.
- Chitty, M., and N. Schatz. 1988. Federal Information Sources in Health and Medicine: A Selected Annotated Bibliography. Westport, CT: Greenwood Press.
- Cohen, S. 1980 "A Comparative Study of Synthetic Estimation Strategies with Applications to Data from the National Health care Expenditures Study." In Proceedings of the American Statistical Association, Section on Survey Research Methods. Washington, DC: American Statistical Association, PP. 595 - 600.
- Committee on the Costs of Medical Care. 1932. Medical Care for the American People: The Final Report of the Committee. Chicago : University of Chicago Press.
- Culyer, A. J. 1992 "The Morality of Efficiency in Health Care - Some Uncomfortable Implications." Health Economics 1:7-18.
- Daniels, N. 1985. Just Health Care. Cambridge: Cambridge University Press.
- DiGaetano, R., J. Waksberg, E. Mackenzie, and R. Yaffe. 1980. "Synthetic Estimates for Local Areas from the Health Interview Survey." In Proceedings of the American Statistical Association, Section on Survey Research Methods. Washington, DC: American Statistical Association, PP. 46-55.

- Dougherty, C. 1988. American Health Care: Realities, Rights, and Reforms. New York: Oxford University Press.

- Eddy, D. 1991. "Clinical Decision Making From Theoty to Practice - what,s Going on in Oregon?" Journal of the American Medical Association 266: 417-20.

- Fein, R. 1972. "On Achieving Access and Equity in Health Care." Milbank Memorial Fund Quarterly/Health and society 50:157-90.

- Fried, C. 1976. "Equality and Rights in Medical Care." Hastings Center Report 6 (Februaty): 29-34.

- Hadorn, D. 1991. "Setting Health Care Priorities in Oregon: Cost- Effectiveness Meets the Rule of Rescue." Journal of the American Medical Association 265: 2218 - 25.

- Hulka, B., L. Kupper , M. Daly, J. Cassel, and F. Schoen. 1975. "Correlates of Satisfavtion and Dissatisfaction with Medical Care: A Community Perspective." Medical Care 13: 648 - 58.

- Institute of Medicine 1993. Access to Health Care in America. Washington, DC: National Academy Press.

- Kaplan, R., and J. Anderson. 1988. "A General Health Policy Model: Update and Applications." Health Services Research 23: 203 - 35.

- Kosecoff, J., K. Kahn, W. Rogers, E. Reinisch, M. Sherwood, L. Rubenstein, D. Draper, C. Roth, C. chew, and R. Brook. 1990. "Prospective payment System and Impairment at Discharge: The "Quicker and Sicker' Story Revisited."Journal of the American Medical ASSociation 264: 1980- 83.

- Kralovec, P., and S. Andes. 1988. Inventory of U.S Health Care Data Bases. DHHS Pub. No. HRSA HRS-P - OD 88-2. Washington, DC: U.S. Government Printing Office.

- Lohr, K., R. Brook, C. Kamberg (smallr) , G. Goldberg, A. Leibowitz., J. Kessey, D. Reboussin, and J. Newhouse. 1986. "Use of Medical Care in the RAND Health Insurance Experiment: Diagnosis and Service- Specific Analyses in A Randomized Controlled Trial." Medical Care 24 (Supp.): S1-87.

- National Center for Health Statistics. 1977. Synthetic Estimation of State Health Characterstics Based on the Health Interview Survey. DHEW Pub. No. PHS 78-1349. Washington, DC: U.S. Government Printing Office .

- ____ 1989 Data Systems of the National Center for Health Statistics. DHHS pub. No. PHS 89-1325. Washington, DC: U.S.Government printing Office.

- Nozick, R. 1974. Anarchy, State, and Utopia. New York: Basic Books.

- Outka, G. 1975. "Social Justice and Equal Access to Health Care. "Perspectives in Biology and Medicine 18: 185- 203.

- Rawls, J. 1971. A Theory of Justice. Cambridge: Harvard University Press.

- Roemer, M. 1985. "I. S. Falk, the Committee on the Costs of Medical Care, and the Drive for National Health Inurance."American Journal of Public Health 75: 841- 48.

- Rosenblatt, R. 1989. "The Perinatal Paradox. "Health Affairs 8 (September): 158-68.

- Sager, M., D. Easterling, D. kindig, and O. Anderson. 1989. "Changes in the Location of Death after Passage of Medicare's Prospective Payment System. " New England Journal of Medicine 320: 433-39.

- Singer, I., A. Meyerhoff, and S. Schiffman. 1985. A Guide to Health Data Resources. Millwood, VA: Project HOPE, Center for Health Affairs.

- Stewart, A., S. Greenfield, R. Hays, K. Wells, W. Rogers, S. Berry, E. McGlynn, and J. Ware. 1989. "Functional Status and Well - Being of Patients with Chronic Conditions: Results from the Medical Outcomes Study." Journal of the American Medical Association 262: 907-13.

- Torrance, G. W. 1986. "Measurement of Health State Utilities for Econmic Appraisal - A Review." Journal of Health Economics 5: 1-30.

- Veatch, R. 1981. A Theory of Medical Ethics. New York: Basic Books.

- Ware, J., and M. Synder. 1975. "Dimensions of Patient Attitudes Regarding Doctor and Medical Care Services. "Medical Care 13: 669 - 82.

- Wood, J., and C. Estes. 1990. "The Impact of DRGs on Community - based Service Providers: Implications for the Elderly. " American Journal of Public Health 80: 840 - 43.

الفصل السابع
الإنصاف فى الوصول إلى الرعاية الطبية

الدليل والتطبيق :

يلخص هذا الفصل الدليل على الدرجة التى حقق فيها هدف الإنصاف فى الوصول إلى الرعاية الطبية فى الولايات المتحدة ، ويراجع كيف يمكن أن يساهم التأمين الصحى الشامل (Universal Health Insurance) فى تعزيز هذا المرام . وسوف تُعرض فى هذا الفصل نتائج بحوث الخدمات الصحية فيما يتعلق بمتلازمات ومؤشرات الإنصاف التى نوقشت فى الفصل السادس . وتقدم فى هذا الفصل ، إسهامات التأمين الصحى الشامل (UHI) ، ومعايير تقييم مقترحاتها ، فيما يتعلق بهدف الإنصاف ، ويطبقها الفصل التاسع على بدائل مختارة من التأمين الصحى الشامل (UHI) .

الدليل المتعلق بالإنصاف فى الوصول إلى الرعاية الطبية :

يفحص النقاش التالى النتائج من بحوث الخدمات الصحية ، الوصفية والتحليلية والتقييمية ، عن الإنصاف فى الوصول إلى الرعاية الطبية لمواجهة السؤال الرئيسى المطروح فى هذا الفصل وهو «مامدى تحقيق نظام الرعاية الطبية الأمريكى لهدفه ، بتقديم الحرية وتساوى الفرص فى الحصول على الرعاية الطبية الفعالة ؟» والإجابة ، وفق الدليل المتوفر أنه «لم يحققه جيداً» .

استخدمت مجموعة كبيرة من المقاييس ، من نوع المؤشرات الاجتماعية لتوثيق أداء نظام الرعاية الطبية الأمريكى ، فيما يتعلق بالإنصاف . وتفصل أمثلة توضيحية ، وتقديرات لمؤشرات هذا الهدف ، التى عرضت فى الجدول (٢-٦) ، فى الملحق (١-٧) . إلا أن عرض ومناقشة النتائج يركز فى الدرجة الأولى على النزعات فى مؤشرات الوصول إلى الرعاية المحتمل (potential Access) وعلاقتها بالتنبؤ باستخدام الناس الفعلى ومستويات الرضا بالرعاية الطبية .

مواصفات نظام تقديم الرعاية :

المتاحية (Availability) :

الوصول المحتمل : لقد تحولت اهتمامات السياسة الرئيسية فيما يتعلق بمتاحية القوى العاملة الطبية وموارد الرعاية الطبية فى منطقة ما خلال الثلاثين سنة الماضية من قضية «كم يوجد» من مقدمى الرعاية إلى «أين يوجد» مقدمو الرعاية و «لمن» تقدم الخدمة بالضبط . لقد كان توزيع الرعاية ، والأهم من ذلك ، تأثير توافر الخدمة على ما إذا كانت الرعاية تلتمس ، ولازال ، مركز اهتمام جهود السياسة الصحية فيما يتعلق بالوصول إلى الرعاية .

أدت سياسات مابعد الحرب العالمية الثانية ، لدعم تدريب القوى العاملة الطبية ، وإنشاء المستشفيات إلى ازدياد عام فى أعداد مقدمى الرعاية ، والمرافق الصحية . وانعكس هذا الازدياد ، فى الارتفاع المستمر لنسب مقدم الرعاية التقليدى ، والمرافق ، للسكان . فقد ارتفع عدد الأطباء العاملين لكل (١٠,٠٠٠) من السكان ، على سبيل المثال ، بحوالى الثلثين من (١٤,١) طبيب لكل (١٠,٠٠٠) من السكان فى عام ١٩٥٢م إلى (٢٢,٣) طبيب لكل (١٠,٠٠٠) من السكان فى عام ١٩٨٩م (NCHS 1992, 245) . وتوسع عدد أسرة المستشفى لكل ألف من السكان المدنيين بحوالى الثلث من (٣,٢) سرير فى عام ١٩٤٠م إلى (٤,٥) سرير فى عام ١٩٨٠م ، مع أن هذا الرقم انخفض فى السنوات القليلة الماضية إلى (٣,٨) سرير لكل ألف من السكان فى عام ١٩٨٩م (NCHS 1992, 258-59) .

يوجد تغاير كبير فى التوزيع الجغرافى لمقدمى الرعاية ، فقد تراوح عدد الأطباء العاملين ، غير الفدراليين لكل (١٠,٠٠٠) من السكان المدنيين فى عام ١٩٨٩م من (٥٨) طبيباً فى واشنطن العاصمة إلى (١٤,٢) طبيب فى ألاسكا . وكان فى الجنوب أقل عدداً من الممرضين (٥٦٢,٢) وأطباء الأسنان (٤٦,٨) لكل (١٠٠,٠٠٠) من السكان ، من أى منطقة أخرى (NCHS1990c; 1992, 243-44, 247) .

من القضايا المرتبطة بمتاحية الخدمات ، ما إذا كان مقدمو الرعاية على استعداد لعلاج المرضى الذين لديهم تأمين حكومى أو غير مؤمنين . فقد انخفضت إجمالى نسبة

الأطباء الذين يرفضون علاج المرضى من مديكيد من (٢٢,٧٪) فى عام ١٩٧٧-٧٨م إلى (١٦,٥٪) فى عام ٨٥- ١٩٨٤م ، وحدث انخفاض مماثل لأطباء أمراض النساء والولادة من (٣٥,٦٪) إلى (٢٧,١٪) ، ومع ذلك فلا زال رفض الأطباء لعلاج مرضى مديكيد يمثل عائقًا هامًا لرعاية الحوامل من ذوات الدخل المنخفض وخاصة اللاتى يعشن فى المناطق الفقيرة ، الآهلة بالأقليات فى المدن الكبيرة (Mitchell 1991) .

الوصول الفعلى للرعاية الطبية :

أشارت البحوث خلال السبعينيات والثمانينيات الميلادية أن نسبة مقدمى الرعاية للسكان ، وحدها ، لا تحدد معدلات الاستخدام الفعلى . حتى فى المناطق ذات القصور المزعوم ، فى مصادر الرعاية ، فإن المقيمين الذين لديهم سبل المواصلات والموارد المالية ، تنقلوا إلى خارج الأحياء التى يقطنوها ، أو إلى المدن المجاورة طلبًا للرعاية الصحية (chiu, Aday and Andersen 1981; Kleinman and wilson 1977) ، إلا أن هناك قلقًا متزايدًا نحو تأثير عدد من النزعات ، على المستوى الوطنى والمحلى ، على متاحية مقدمى الرعاية ، إضافة إلى أنماط استخدام المقيمين فى المجتمعات الريفية أو فى المناطق الفقيرة بالمدينة ، (Inner-city) الناتجة . وتشمل هذه النزعات ارتفاع معدل إغلاق المستشفيات الريفية والمستشفيات المجهدة ماليًا ، فى المدن التى تخدم السكان الفقراء المقيمين فى الأحياء الفقيرة (Inner-city) فى المدن الكبيرة ، وفرار مقدمى الرعاية الأولية من نفس هذه المناطق ، أو ممانعتهم الانتقال إليها وتقديم الخدمة فيها . ونسبة عالية من أطباء بعض التخصصات مثل أطباء الولادة وأمراض النساء الذين أغلقوا عياداتهم للمعوزين طبيًا ومرضى مديكيد بسبب انخفاض معدلات التعويض (reimbursement) من الطرف الثالث العام . وارتفاع التخوف من تحمل المسئولية القانونية فى قضايا التقصير المهنى الطبى (medical malpractice Libility) .

(Aiken and mullinix 1987; Bureau of Health professions 1990; Ermann 1990 Frenzen 1991; General Accounting Office 1990, 1991; Health Services Research 1989, Iglehart 1987; Institute of Medicine 1989 a, 1989b; Kindig and Movassaghi 1989; Mullner et al 1989; National Commission to Prevent Infant Mortality 1988; Office of Technology Assesment 1990; Schloss 1988; Schwartz, sloan and Mendel-son 1988; United Stats Congress 1988).

تعتمد تأثيرات هذه التغييرات على أنماط الاستخدام الفعلى ، إلى درجة كبيرة على ما إذا كانت تدابير تقديم الخدمة البديلة تتوفر فيها بعد للسكان الذين كان يخدمهم مقدم الرعاية سابقًا (مثل : من خلال إعادة تشكيل مستشفى ريفى يعنى فى السابق بالرعاية داخل المستشفى إلى مقدم لخدمات الرعاية الأولية أو خدمات الطوارئ) . اتضح أن عدم وجود نظام رعاية أولية كاف ، عامة ، وخدمات الأمومة وماقبل الولادة خاصة ، للنساء ذوات الدخل المنخفض من المقيمين فى أقاليم (Counties) أو مجتمعات ريفية منعزلة (مثل : تلك التى على طول حدود تكساس والمكسيك) يساهم لمعدلات استخدامهم المنخفضة للخدمات الوقائية ، إضافة إلى الرعاية المتصلة بمرض محدد (Fossett etal 1990; Institute of Medcine 1988; Warner 1991) .

التنظيم :

الوصول المحتمل إلى الرعاية :

يعكس تنظيم وتمويل الرعاية الطبية فى الولايات المتحدة ، بازدياد ، نظام تعدد الطبقات لتقديم الخدمات للطبقة المتوسطة والعليا من المجتمع ، ذات التأمين الخاص ، ومن المسنين المؤمنين من خلال مديكيد فقط ، والمعوزين أو الطبقة العاملة الفقيرة المؤهلين لتأمين مديكيد ، والأفراد والأسر الذين هم بدون تأمين عام ولا خاص . لقد كانت مثل هذه التقسيمات إلى حد ما ، أمراً واقعاً ، فى نظام الرعاية الطبية الأمريكى ، إلا أنها تظهر الآن كمفارقة (Paradox) خاصة ، لأنه باستمرار ارتفاع التعهدات العامة والخاصة للإنفاق الكلِّى على الرعاية الطبية ، يرتفع كذلك عدد الأمريكان الذين لاحماية لديهم أو لديهم حماية غير كافية ضد هذه الزيادات العارمة .

وصف رلمان (Relman 1980) خصائص التركيبة الطبية الصناعية (Medical-industrial complex) المنبثقة ، كشبكة ضخمة نامية ، من الشركات الخاصة ، تعمل فى تجارة توفير الرعاية الطبية للمرضى مقابل ربح مادى ، مثل المستشفيات التسلسلية (Chain Hospitals) ، والعيادات المفتوحة (walk-in) (بدون مواعيد) ، ومراكز الكلى الصناعية (dialysis) وشركات الرعاية الصحية المنزلية (Home Health Care) وتزداد صلة الأشكال المتنوعة والمحدثة من الممارسة الطبية الخاصة ، بطرق الدفع

للرعاية الطبية . وتشمل هذه الأشكال منظمات الحفاظ على الصحة المبنية على الممارسة الجماعية (Group practice based HOM'S) ، واتحادات الممارسة الفردية (Individual Practice Associotions) ، ومنظمات مقدم الرعاية المفضل (prefrred Provider organization) ، ومنظمات الرعاية المدبرة (managed care) ، ضمن أخرى غيرها . أخذت الفروقات التنظيمية بين هذه التدابير المختلفة تتلاشى بازدياد . وقد حاولت جميع هذه البدائل أن تطور نظم ممارسة طبية مدركة للتكلفة ، وأساليب لتعويضها (Feldman, Kralewski and Dowd 1989; Morrison and luft1990) ، وقد ارتفع عدد منظمات الحفاظ على الصحة (نموذج المجموعة واتحاد الممارسة المنفردة) من (١٧٤) فى ١٩٧٦م إلى ذروتها التى بلغت (٦٤٧) فى عام ١٩٨٧م ، ومع أن عدد المشتركين فى مثل هذه البرامج استمر بالنمو إلا أن عدد هذه البرامج أخذ بالتناقص من الذروة (إلى ٥٥٣ فى عام ١٩٩١م) وذلك فى المقام الأول بسبب اندماج بعض البرامج وإغلاق البعض الآخر نتيجة لازدياد التنافس (NCHS 1992, 293) .

أضاف تزايد عدد المسنين (وخاصة أكبر المسنين) ، والدوافع إلى تقصير فترة الإقامة فى المستشفى ، الناتجة عن تطبيق نظام المجموعات المرتبطة تشخيصياً (DRG) ضغوطاً متزايدة على دور المسنين . فقد انخفض عدد أسرة دور المسنين لكل ألف من السكان المقيمين بسن (٨٥) أو أكبر ، من (٦٨١,٤) فى عام ١٩٧٦م ، إلى (٥٨٢,٢) فى عام ١٩٨٦م (NCHS1992, 264-65) .

أدت حركة اللامصحية (deinstitutionalization) فى رعاية الصحة العقلية إلى إطلاق عدد كبير من المرضى العقليين إلى المجتمع ، وكذلك إلى تقليل أهمية الرعاية طويلة الأمد داخل المرافق . فعلى سبيل المثال انخفض عدد أسرة العلاج والإقامة فى منظمات الصحة العقلية لكل (١٠٠,٠٠٠) من السكان ، من (٢٦٣,٦) فى عام ١٩٧٠م إلى (١١١,٥) فى عام ١٩٨٨م (NCHS 1992, 257) .

الوصول الفعلى :

يتصل الاهتمام الأساسى لتأثير هذا التزايد فى تحول الممارسة الطبية إلى نمط الشركات التجارية ، على الوصول الفعلى إلى الرعاية ، بواقع أن المؤسسات الصحية

الخاصة والربحية تميل إلى عدم خدمة الفقراء والمعوزين طبيًا . كما يميل مقدمو الرعاية واسعو النطاق البيروقراطيين الذين يتمتعون بالدعم العام (الحكومى) إلى كونهم أقل ملاءمة وإرضاء للمستهلكين (Aday 1987) .

لقد كان تمثيل الفقراء والمسنين فى منظمات الحفاظ على الصحة ، وبرامج التأمين الخاص أقل مما يجب ، وذلك لأن مثل هذه البرامج تميل إلى ضم الموظفين ومن يعولون ، وأغلبهم تحت سن الخامسة والستين وليسوا فقراء . وقد لاقت البرامج والمشاريع التجريبية التى دعمتها إدارة تمويل الرعاية الصحية (HCFA) لتسجيل الفقراء والمسنين فى مثل هذه التنظيمات ، نجاحًا مشوبًا من حيث أهداف التكلفة والجودة . وبصفة عامة فقد عبَّر المشتركون عن الرضا عن مقدمى الخدمة أقل من المرضى فى مواقع مقارنة (Freund et al 1989; Langwell and Hadly 1989) .

وثقت تجربة راند (RAND للتأمين الصحى ، رضا أقل للعملاء بين مشتركى منظمات الحفاظ على الصحة ، مقارنة بعملاء الخدمة مقابل الرسوم (Fee for Service) (Wagner and Bledose 1990, Ware etal 1986) . كما بين أيضًا تقييم أحدث قامت به منظمة راند (RAND) لمنظمات مقدم الرعاية المفضل (PPO) ، أن المشتركين فى هذه المنظمات كانوا عامة ، أكثر رضا من المشتركين فى منظمات الحفاظ على الصحة (Hosek et al 1990) (HMO) .

يوجد الدليل على أن كلاً من المؤسسات الصحية الخاصة ، غير الربحية ، و الربحية أيضاً ، أقل رغبة لخدمة المرضى غير المؤمنين ، ولديها معدلات رعاية غير معوضة أو معوضة بأقل مما ينبغى ، أقل من المؤسسات العامة ، وخاصة المستشفيات التعليمية (Gray 1986; Sloan, Blumstein, and Perrin 1986) . يضطر مستخدمو المرافق المدعومة حكومياً (مثل : عيادات الصحة العامة ، والعيادات الخارجية بالمستشفيات أو غرف الطوارئ) فى كثير من الأحوال إلى الانتظار ساعات قبل خدمتهم عندما يكونون مرضى أو مصابين ، وقد يضطرون إلى الانتظار أسابيع أو أشهر قبل الحصول على موعد لرعاية روتينية أو وقائية (لرعاية ماقبل الولادة مثلاً) .

(Freeman et al 1987; Institute of Medicine 1988; Robert wood Foundation 1987; Tavani 1991) .

التمويل :

الوصول المحتمل :

أدى تطبيق نظام مديكيد ومديكير في منتصف الستينيات الميلادية إلى ارتفاع هام في النسبة المئوية من الخدمات والإمدادات الصحية (Health Services and Supplies) (HSS) (وهي تكلفة الرعاية الصحية باستثناء البحوث والتشييد) الممولة من قبل الحكومة الفدرالية من (٩٪) في عام ١٩٦٥م إلى (١٨٪) في عام ١٩٨٠م . كما اتخذ القطاع الخاص دوراً أكبر في تمويل الرعاية الصحية من خلال التغطية الصحية بواسطة أرباب العمل . إذ ارتفعت نسبة إنفاق القطاع الخاص على الخدمات والإمدادات الصحية (HSS) من (١٧٪) في عام ١٩٦٥م ، إلى (٢٧٪) في عام ١٩٨٠م ، فيما انخفضت نسبة الإنفاق التي تتحملها الأسر والأفراد من (٦١٪) إلى (٣٨٪) خلال الفترة ذاتها (Levit and Cowan 1991) . وفي عام ١٩٩٠م دفع كل من هذه العناصر الرئيسية حوالي ثلث تكلفة الرعاية الصحية في البلاد . فقد كان (٣٣٪) من الإنفاق من مصادر عامة (بما فيها (١٨٪) من الحكومة الفدرالية ، و (١٥٪) من حكومات الولايات والحكومات المحلية) و (٢٩٪) من القطاع الخاص و (٣٥٪) من الأفراد و (١٣٪) من ريع غير المرضى (التبرعات الخيرية ودخل مقدمي الخدمة من الفوائد البنكية وغيرها) . فيما استمرت تكاليف الرعاية الصحية بالارتفاع خلال العقد الماضي ، ازداد الاهتمام من دافعي الطرف الثالث (Third-Party payers) من القطاع العام والخاص ، في تخفيض المبالغ التي ينفقونها على الرعاية الطبية ، ولذا فقد فرضوا معايير صارمة للتأهل للبرامج التأمينية وتقليص الخدمات المشمولة في التغطية ، وفرضوا كذلك معدلات ثابتة محددة سلفاً للتعويض حسب التشخيص أو عند الخروج من المستشفى (على غرار DRG) ومشاركة أكبر للمستهلك في التكاليف . وارتفع تدريجياً الإنفاق للخدمات والإمدادات الصحية كنسبة من دخل الفرد أو دخل الأسرة ، والذي بقي ثابتاً نسبياً من ١٩٦٥م إلى ١٩٨٠م (حوالي ٤.٢٪) إلى (٥٪) في عام ١٩٩٠م (Levit and Cowan 1991) .

الوصول الفعلى :

تشير النتائج البحثية المتعلقة بمبادرة التسعير المستقبلى فى السنوات القليلة الماضية (التعويض لخدمات المستشفى تحت مديكير على أساس DRG) لاستخدام وإنفاق المستشفيات ، إلا أن معدلات الدخول إلى المستشفى (Admission Rates) ومجموع أيام الرعاية (Total days of care) ومتوسط طول الإقامة فى المستشفى (Aver- age Length of stay) قد انخفضت منذ البدء فى تطبيق التسعير المستقبلى . إلا أن هذه النزعات التى كانت قائمة فى تنظيم وتقديم الرعاية قبل تطبيق نظام المجموعات المرتبطة تشخيصياً (DRG) (مثل التأكيد على خدمات الرعاية الخارجية) .

(Edwards and Gibson 1990; Health Care Financing Review 1989; Russel and Manning 1989; Sloan, Morrisey and Valvona 1988).

ومع ذلك يوجد الدليل فى الكثير من المجتمعات أن المسنين يُخرجون من المستشفيات بعد إقامات أقصر وبصحة أسوأ ، وذلك غالباً نتيجة لتجاوب مقدمى الخدمة مع سياسة تسعير المجموعات المرتبطة تشخيصياً (DRG) ، وقد أصبح معدل الوفيات بعد الخروج من المستشفى لمن هم فى حالات صحية غير مستقرة ، أعلى بعد تطبيق هذا النظام ، وخاصة بين الذين أخرجوا من المستشفى إلى بيوتهم بدلاً من إخراجهم إلى دور المسنين ، أو إلى رعاية مؤسساتية أخرى (Kosecoff et al 1990) ، وقد كشفت نزعة إخراج مثل هؤلاء المرضى عند الوصول إلى الحد الأقصى من أيام التنويم المعوض عنها ، قصوراً فى نظام رعاية مابعد التنويم (Posthospitalization) للمرضى المسنين والمصابين بأمراض مزمنة ، فى العديد من المجتمعات ، ويشمل هذا القصور التخطيط غير الكافى لإخراج المرضى من المستشفى ، والأعداد غير الكافية من أسرة دور المسنين ، وعدم وجود خدمات دعم من المجتمع (Community Support Services) والضغوط الناتجة عن ذلك على أسر المرضى ومقدمى الرعاية الآخرين (Gornick and Hall 1988; Kenny and Holahan 1991) . أصبح مديكيد الآن ، الذى نصب أساساً لتوفير التغطية التأمينية للمعوزين طبياً ، المول الرئيسى للرعاية طويلة الأمد (خاصة خدمات دور المسنين) للمسنين (Oberg and Polich 1988) . أدت التخفيضات الكبيرة فى الإنفاق على برنامج مديكيد فى أوائل الثمانينيات إلى

تخفيضات هائلة فى أعداد الأشخاص المستفيدين ، ومدى الخدمات المقدمة فى الكثير من الولايات ، الأمر الذى سعت قوانين فدرالية بتوسعة التغطية لفئات من الفقراء خلال منتصف الثمانينيات إلى إصلاحه (Holahan and Zedlewski 1991; Johns and Adler 1989) .

وثقت تجربة راند (RAND) للتأمين الصحى علاقة عكسية بين كمية خدمات الأطباء والمستشفيات المستهلكة ، ومبالغ الدفعات اللازمة (Copayments) التى يتحملها المستهلك – أى كلما ارتفعت المبالغ التى يدفعها المستهلك ، استهلك كمية أقل من خدمات الرعاية الطبية . كانت معدلات استخدام الرعاية الطبية للأطفال ، المقدمة فى العيادات الخاصة أكثر المعدلات احتمالية للانخفاض ، للمرضى فى بيئة المشاركة فى التكلفة ، بالمقارنة مع برامج الرعاية المجانية (Andersen, Brok, and williams 1991) . مع أن تجربة التأمين الصحى وثقت ، بصفة عامة ، نتائج صحية سلبية طفيفة ، نتيجة تدابير برامج التأمين ذات المشاركة فى التكلفة (Cost-Sharing) . وكانت التأثيرات التى وجدت فى الدراسة غالبًا بين الأفراد الذين يعانون من أمراض مزمنة من أصحاب الدخول المتدنية (Lohr etal 1986) . يميل إنفاق الرعاية الطبية إلى تمثيل نسبة أعلى بكثير ، من مجموع دخل الأسر ذات الدخول المتدنية منه لدى الأسر ذات الدخول المرتفعة ، ومما لاشك فيه أن السياسات التى تشجع على مشاركة أكبر ، للتكلفة من جهة المستهلك ، ستخفض بصورة عامة ، استخدامات الخدمات الطبية . وغالبًا ستقع التأثيرات الاقتصادية والصحية الناتجة ، على أكثر الناس فقرًا وأشدهم مرضًا .

مواصفات السكان :

إن التركيز فى مراجعة الدليل المتعلق بالإنصاف من حيث مواصفات السكان هو على تأثير مجموعة من العوامل المعرِّضة (Predisposing) ، والممكِّنة (Enabeling) وعوامل الاحتياج (Need) ، على استخدام السكان للرعاية الطبية ورضاهم عنها .

العوامل المعرِّضة (Predisposing) :

يرتبط العمر ارتباطًا هامًا مع استخدام جميع أنواع خدمات الرعاية الطبية لأنه مؤشر هام للأمراض المرتبطة بالعمر . وتستخدم النساء عامة الخدمات الصحية أكثر من الرجال وذلك عائد إلى درجة متفاوتة ، إلى احتياجاتهن للرعاية المتعلقة بالولادة ، وإلى كونهن يعمرن أطول من الرجال ، وكذلك إلى أن التماسهن للرعاية والتداوى مقبول اجتماعيًا أكثر من الرجال (Aday 1992) . إلا أنه كما سبق الإشارة إليه ، يوجد معوقات متاحية وتنظيمية ومالية كبيرة لفئات من النساء (خاصة النساء ذوات الدخول المنخفضة ، أو غير المؤمن عليهن أو المؤهلات لديكيد) اللاتى ينشدن خدمات رعاية ماقبل الولادة وخدمات الولادة .

المستوى التعليمى (Education) هو مؤشر تنبؤى هام لاستخدام الخدمات الوقائية - فإن الناس الأكثر تعليمًا ، هم الأكثر احتمالية أن يكونوا قد أجروا فحصًا عامًا وتلقوا التحصينات اللازمة والاختبارات والإجراءات لأهداف وقائية ، كما أن النساء الأكثر تعليمًا هن أكثر احتمالية أن يكن قد التمسن الرعاية فى بداية الحمل (Aday and Eich-1991a, horn 1972; Maurana, Eichhorn, and Lonnguist1981; NCHS1988,1990a, 1991b) . وقد استمر تأثير هذه العوامل المعرِّضة على استخدام الرعاية ثابتًا نسبيًا على مر الزمن .

العوامل الممكِّنة (Enabeling) :

حسب مسح الإنفاق الطبى الوطنى لعام ١٩٨٧م (National Medical Expenditure Survey) ، لم يكن لدى (١٨,٨٪) من السكان أى مصدر معتاد للرعاية الطبية . وبين الذين لديهم مصدر معتاد ، فقد استخدمت عيادة الطبيب بأكبر مقدار بواقع (٨٥,٧٪) ، يليها المراكز والمواقع الصحية مثل : عيادات الشركات أو العيادات المدرسية بواقع (٨٪) ، ثم العيادات الخارجية وغرف الطوارئ بالمستشفيات بواقع (٦,٣٪) . وكان السود والمواطنون من أصل أسبانى والفقراء والذكور والراشدون فى ١٩-٢٤ سنة من العمر ، والمقيمون فى مناطق مدنية إحصائية كبيرة (Metropolitan Statistical area)

وغير المؤمن عليهم صحيًا ، الأقل احتمالية فى أن يكون لديهم مصدر معتاد للرعاية ، وهم كذلك أكثر الناس احتمالية لاستخدام العيادات الخارجية أو غرف الطوارئ فى المستشفيات بين الذين لديهم مصدر معتاد للرعاية الطبية (Cornelius, Beauregand and Cohen1991) .

قدر عدد الأمريكان الذين يفتقرون إلى التأمين الصحى ، سواء العام أو الخاص بأنه يتراوح ، فى أى يوم ما ، من ٣١ إلى ٣٧ مليون نسمة ، كما قدر عدد غير المُؤَمّنين فى وقت ما من السنة (السنة كلها أو جزء منها) بأنه أكبر من ذلك (٤٨ مليون نسمة) (Friedman 1991) . وقد وجد مسح الإنفاق الطبى الوطنى لعام ١٩٨٧م (National Medical Expenditure Survey) أن أكثر الناس احتمالية بأن يكونوا غير مُؤَمَّن عليهم صحيًا ، فى وقت ما خلال العام هم الشباب الراشدون والأطفال تحت الثامنة عشر من العمر ، والمواطنون من أصل أسبانى والسود والفقراء (Short 1990) . عند إجراء مسح المقابلة الصحية (Health Interview Survey) للمركز الوطنى للإحصاءات الصحية فى عام ١٩٨٩م ، كانت نسبة السكان تحت سن الخامسة والستين من غير المؤمنين أعلى للسود (٢٠.٢٪) ولغير البيض الآخرين (١٩.٧٪) ، ومن المواطنين البيض (١٢.٨٪) ، وكانت أعلى للفقراء (٣٢.٥٪) عن غير الفقراء (١٠.٣٪) وأعلى لدى العاطلين عن العمل (٣٨.٣٪) من العاملين (١٣.٩٪) (Ries 1991) . كانت الغالبية العظمى من غير المؤمنين (٧٧٪) حسب مسح الإنفاق الطبى الوطنى لعام ١٩٨٧م ، من أسر بها راشد يعمل . وكان العاملون من غير المؤمنين أكثر احتمالية للعمل جزئيًا (Part-Time) (٢٤٪) ، أو موظفين ذاتيًا (Self-Employed) (٢٣٪) أو للعمل فى الإنشاء (Construction) (٣٠٪) أو بالصناعات الخدمية (Services Industnes) (٣١٪) أو لايكونون أعضاء فى اتحادات عمالية (Union) (١٦٪) وأن يعملوا فى مؤسسات صغيرة بأقل من عشرة موظفين (٢٦٪) وأن يكسبوا أقل من خمسة دولارات فى الساعة (٣٠٪) (Short, Monheit and Beauregard 1989) .

إضافة إلى ذلك فقد قدِّر أن حوالى واحد من كل أربعة (٢٦٪) من غير المسنين المؤمنين ، كان مؤمنًا عليهم أقل من المطلوب أو «لديهم حماية غير كافية ضد احتمالية وقوع تكاليف طبية باهظة (Farley 1985) .

بلغت نسبة الفقراء والمعوزين المؤمنين ببرنامج مديكيد ذروتها بواقع (٦٤٪) فى منتصف السبعينيات ، ومن ثم انخفضت إلى حوالى (٤٠٪) فى منتصف الثمانينيات ، وقد سعت توسعات مديكيد فى الآونة الأخيرة إلى عكس هذه النزعة للنساء والأطفال والرضع من ذوى الدخول المتدنية (Friedman 1991) .

الاحتياج (Need) :

قد يكون تقييم الاحتياج مبنياً على أساس إدراك المرضى الذاتى لصحتهم ، إضافة إلى تقييمات وتشخيصات المهنيين الطبيين السريرية . وقد لاتتفق تقييمات المرضى مع تقييمات مقدمى الخدمة للاحتياج . إلا أن الاحتياج كيفما كان قياسه ، يعتبر دوماً مؤشراً هاماً لاستخدام الخدمات الصحية وخاصة حجم الخدمات المستهلكة (انظر النقاش التالى حول الاستخدام المتعلق بالاحتياج) ، فعلى سبيل المثال إن الاحتياج هو عامة أهم المؤشرات لعدد زيارات الأطباء لمن يراجعون الطبيب مرة واحدة على الأقل ، ولعدد أيام الرعاية بعد دخول المريض للمستشفى . لقد كان ولازال الاحتياج أقل أهمية للخدمات التى تميل إلى كونها وقائية أو الخدمات الاستنسابية (Discretionary) مثل رعاية الأسنان ، من العوامل الأخرى (وخاصة العوامل الممكِّنة) (مثل الدخل أوالتغطية التأمينية) (Aday, Andersen, and Flemming 1980; Andersen etal 1987) .

الاستخدام (Utilization) :

العرق ، والدخل ، ووجود مصدر معتاد للرعاية والتغطية التأمينية هى مؤشرات تنبؤية هامة ومتصلة بالسياسة الصحية ، لاستخدام خدمات الرعاية الطبية . رغم التحسينات فى مستويات الوصول إلى الرعاية الطبية بين المواطنين من أصل أسبانى ، والسود ، والأقليات الأخرى ، إلا أنهم لازالوا أقل احتمالية لاستخدام أنواع محددة من الخدمات ، من البيض . الأمريكيون المكسيكيون بالأخص هم أقل ميلاً لزيارة الطبيب ، أو طبيب الأسنان ، أو الدخول إلى المستشفى ، من البيض أو السود أو الفئات الأخرى من أصل أسبانى . كما أن النساء من أصل أسبانى ومن السكان الأصليين للقارة

الأمريكية ، هن أقل احتمالية أن يكن قد التمسن الرعاية خلال الثلاثة أشهر الأولى من الحمل ، وفي بعض الحالات ، لايلتمسن الرعاية إطلاقًا خلال الحمل .

يبدو أن الافتقار إلى التغطية التأمينية عامل هام مساهم في انخفاض استخدام المواطنين من أصل أسباني للخدمات الطبية وخدمات رعاية الأسنان (Andersen, Giachello and Aday 1986; Ginzberg 1991; NCHS 1984; 1992; Trevino et al 1991) .

تنخفض في كثير من الأحيان نسبة النساء اللاتي يلتمسن الرعاية في الثلاثة أشهر الأولى من الحمل ، والأطفال في المرحلة قبمدرسية (Preschool) المحصنين ، والراشدين والأطفال الذين راجعوا طبيب أسنان ، بين المواطنين السود أكثر من البيض ، كما ترتفع بين السود أيضًا معدلات حدوث الزهري الخلقي (Congenital Syphilis) والسرطانات المستفحلة (Late-Stage Cancer) ، التي كان بالإمكان الوقاية منها من خلال التدخل المبكر (Manton, Patrick, and Johnson 1987; NCHS. 1990b, 1992) .

استخدم أصحاب الدخول المرتفعة خدمات الرعاية الطبية ، في السابق ، أكثر من ذوي الدخول المتدنية . وارتفعت معدلات الاستخدام كثيرًا بين الفقراء بعد تطبيق برامج مديكير ومديكيد ، ومع ذلك لازال هناك تباين يرتبط بالدخل في استخدام الرعاية الطبية . إلا أن معدلات استخدام خدمات الأطباء والمستشفيات عامة ، المتصلة بالاحتياج لازالت أقل للفقراء وخاصة أولئك الفقراء أو الفقراء العاملين ، الذين لايتمتعون بالتأمين الصحي .

كانت نسبة الذين راجعوا الأطباء خلال عام ١٩٩٠م أقل للأشخاص من أسر ذات دخل أقل من ١٤,٠٠٠ دولار سنوي (٧٧,٣٪) من الأشخاص من أسر ذات دخل يبلغ ٥٠,٠٠٠ دولار سنوي (٨١,٧٪) ، إلا أن الأشخاص ذوي الدخول المتدنية كانوا في وضع صحي أسوأ بكثير من أصحاب الدخول المرتفعة حسب الإدراك الشخصي (غير الموضوعي) للصحة ، وأفادوا بوجود أيام ذات نشاط محدود بسبب المرض وبقصور في النشاطات الرئيسية بسبب الحالات المرضية المزمنة . منذ تطبيق برامج مديكير ومديكيد ، أخذت معدلات الخروج من المستشفى ، وعدد أيام الرعاية ، وطول فترة الإقامة في المستشفى ، ومتوسط عدد مراجعات الطبيب بعد الزيارة الأولى ، في

الارتفاع لذوى الدخول المتدنية ، بالمقارنة مع ذوى الدخول المرتفعة مما قد يعكس احتياجاً أكبر لدى ذوى الدخول المتدنية ، إضافة إلى ميلهم إلى تأخير التماس الرعاية إلى أن تسوء المشكلة الصحية التى يعانون منها (NCHS 1992, 200, 202, 219, 220) .

يمثل وجود مصدر معتاد للرعاية الطبية مؤشراً احتمالياً قوياً وثالثاً لاستخدام الرعاية الطبية ، وخاصة إذا ماكانت الرعاية تلتمس أساساً . وبعد الدخول إلى نظام الرعاية ، يصبح وجود مصدر معتاد للرعاية ، أقل أهمية فى التنبؤ بعدد مراجعات الطبيب اللاحقة ، أو بطول فترة الإقامة فى المستشفى (Andersen etal 1987) . أثيرت التساؤلات حول دقة التقارير الذاتية عن مصدر معتاد للرعاية ، إضافة إلى ما إذا كان وجود مصدر معتاد للرعاية ، هو محدد لاستخدام الخدمات الصحية ، أم نتيجة لاستخدامها (Perloft and Morris 1989) . وقد أكدت النماذج السببية التى اختبرت اتجاه هذه العلاقة أن وجود مقدم معين للرعاية الطبية ، يؤثر تأثيراً مباشراً على قرار التماس الرعاية من عدمه (Kuder and Levitz 1985) .

ثبت أن وجود التغطية التأمينية وحجمها يكّون مؤشراً احتمالياً هاماً لاستخدام خدمات الرعاية الطبية ، فى العديد من الدراسات الوطنية والمحلية ، التى أجريت على «الوصول إلى الرعاية» (Amdersen etal 1987; Davis and Rowland 1983; Freeman etal 1990; Kasper 1986, Rosenbach 1989; Wilensky and Berk 1982) .

كما يوجد دليل متزايد أن احتمال تلقى المرضى الذين لديهم تغطية تأمين خاص ، يموله طرف ثالث (Third-Party) رعاية أكثر كثافة وأكثر توجهاً للتقنية ، أكثر من الذين لديهم تأمين عام أو لاتأمين لديهم إطلاقاً (Hadley, Steinberg and Feder 1991; Wenneker, Weissman and Epstein 1990) ، وقد بينت دراسات فى ولايات أنها حذفت أعداداً كبيرة من الفقراء من برنامج مديكيد ، والارتفاعات الناتجة عن ذلك ، فى النتائج الصحية غير المؤاتية مثل ارتفاع معدلات وفيات الرضع (Braveman etal 1989) .

الرضا عن الخدمة (Satisfaction) :

تؤكد مسوحات الرأى العام ، وآراء المرضى المتعلقة بأداء نظام الرعاية الطبية فى بلاد مختلفة ، أن مواطنى الولايات المتحدة هم الأكثر انتقاداً للنظام ككل وأقل رضاءً

بتجربتهم الخاصة فى تلقى الرعاية ، من مواطنى الدول الأخرى مثل : كندا والمملكة المتحدة ، فقد أبدى (١٠٪) فقط من مواطنى الولايات المتحدة استحسانهم لنظام الرعاية الصحية وأنه لايحتاج إلا إلى تعديلات طفيفة ، بالمقابل مع (٥٦٪) من المواطنين الكنديين و (٢٧٪) من مواطنى المملكة المتحدة . وكذلك كان (٥٧٪) من مواطنى الولايات المتحدة الذين أدخلوا إلى المستشفى راضين عن الرعاية التى نالوها أثناء إقامتهم ، بالمقارنة من (٧١٪) فى كندا و (٦٧٪) فى المملكة المتحدة . وكانت نسب المرضى الأكثر رضاء عن مراجعتهم لأطبائهم (٥٤٪) فى الولايات المتحدة و (٧٣ ٪) فى كندا و (٦٣٪) فى المملكة المتحدة (Blendon and Taylor 1989) .

الخلاصة (Summary) :

تشير مجموعة من مؤشرات أداء نظام الرعاية الطبية الأمريكى من حيث الإنصاف إلى أنه يقصر فى تحقيق هذا الهدف . ومن الصعوبات التى تواجه بحوث الخدمات الصحية ، الوصفية ، فى تطوير مؤشرات كفاية الوصول إلى الرعاية الطبية ، هى تحديد نطاقات الاحتياج (بما فى ذلك المخاطر أو الظروف) التى تستطيع الرعاية الطبية فيها أن تؤثر تأثيراً ملموساً . إضافة إلى ذلك ، هنالك حاجة إلى بحوث الخدمات الصحية التحليلية والتقييمية لتقدير التأثير المحتمل والفعلى لأنماط مختلفة من تمويل (مثل نظم مدفوعات الأطباء والمستشفيات البديلة) وتقديم الرعاية (منظمات الحفاظ على الصحة (HMO) ، ومقدم الخدمة المفضل (PPO) ، أو خيارات الرعاية المدبرة الأخرى) على الوصول إلى الرعاية .

تطبيق : مقترحات التأمين الصحى الشامل

– مشكلة الوصول إلى الرعاية الصحية :

كما أشير إليه فى النقاش السابق ، فإن الأشخاص الذين لديهم تأمين صحى ، غالباً مايكون لديهم إمكانية أفضل فى الوصول إلى الرعاية ممن لاتأمين لديهم . وقد أدت الثغرات التى ظهرت فى شبكة أمان التغطية التأمينية العامة والخاصة خلال العقد

الماضى إلى تحديد مشكلات الوصول إلى الرعاية على أنها قضية أعداد المواطنين غير المؤمن عليهم والمؤمنين تأمينًا غير كافٍ . أدى تعريف مشكلة الوصول إلى الرعاية ، هذا ، إلى حوار نشط على المستوى الوطنى حول السبل البديلة لمجابهة «مشكلة التأمين» .

يرجع سبب تزايد أعداد المواطنين الأمريكيين غير المؤمن عليهم والمؤمنين تأمينًا غير كاف إلى تقلص التغطية تحت برامج كل من التأمين الصحى الخاص والعام ، فقد استمرت التكاليف الإضافية (out of pocket) للرعاية الطبية التى يتكبدها مستفيدو مديكير بالارتفاع ، ولازالت تغطية الرعاية طويلة المدى تحت هذا البرنامج غير كافية .

كان تقليص الدعم الفدرالى ، أعظم لبرنامج مديكيد . وبسبب تخفيض الإنفاق التى سُنَّت فى برنامج مديكيد فى الثمانينيات ، استمر عدد المستفيدين من البرنامج ثابتًا خلال الفترة التى تزايد فيها عدد الفقراء . إذ بسبب متطلبات التأهل التصنيفية لبرنامج مديكيد (مثل معونة الأسر مع أطفال تابعين Aid to Families With Dependent) (Children ، أو دخل الضمان التكميلى (Supplimentary Security Income) على سبيل المثال) لاتتأهل فئات معينة مثل الرجال غير المعوقين أو الأزواج بدون أطفال ، بصرف النظر عن الدخل . وفى نهاية الثمانينيات شرع الكونغرس تغطية مديكيد للنساء الحوامل ذوات الدخول المتدنية ، والأطفال – وقد قاومت العديد من الولايات هذا الإجراء بسبب الزيادة الكبيرة المتطلبة لتمويله . ومع أن (٧٠) إلى (٧٥٪) من مستفيدى برنامج مديكيد هم من الأسر مع أطفال تابعين ، إلا أن نسبة مماثلة من إنفاق مديكيد تصرف للدفع للرعاية لفئة مختلفة من المتأهلين لمديكيد ، وهم المسنون والمكفوفون والمعوقون فى دور المسنين . وينتج عن هذا التناقض الظاهرى (Paradox) فى برنامج مديكيد للفقراء أن يغفل نسبة أكبر من الفقراء الأمريكان (٦٠٪) ، مما يغطى (٤٠٪) .

حدثت تقليصات مماثلة فى التغطية المتاحة للموظفين ومن يعولون ، من خلال أعمالهم . ومن العناصر الرئيسية فى أزمة غير المؤمنين هو ارتفاع تكلفة الرعاية الطبية التى لايقدر على تحملها العديد من أرباب العمل وبخاصة الصغار منهم . ومن الإجراءات التى اتخذها أرباب العمل للتكيف مع أعباء التأمين المتزايدة – الحد من

تغطية الأشخاص الذين يعولهم الموظف المؤمن عليه من خلالهم واستخدام تثمين الخبرة (Expereience Rating) ، ورفض تأمين من يعتبرون غير قابلين للتأمين (Uninsurable) والغاء بوليصات التأمين بدون إعطاء أى مهلة زمنية ورفع الأقساط . وأدت هذه الإجراءات بدورها إلى تقليل متاحية التغطية للموظفين ومن يعولون (Friedman 1991) .

الحلول البديلة :

ركز حوار السياسة الصحية المتعلق «بالوصول إلى الرعاية» بطبيعة الحال ، على تطوير بدائل الأساليب الأكثر شمولية للتغطية الصحية . يشكل افتراضان الأساس لهذا المنظور ، هما : أن الحصول على الرعاية الطبية يساعد على تحسين الصحة ، وأنه لايجب حرمان أى شخص من الرعاية الطبية بسبب عدم القدرة على الدفع للطبيب أو المستشفى . إلا أنَّ هذين الافتراضين يتحاشيان تساؤلات : ماإذا كانت قيم أو أهداف أخرى عدا الإنصاف (كيفما تم تعريفه) فى صميم مشكلة الوصول إلى الرعاية . وهل القصد من التوسع فى التغطية ، ضمان وصول أفضل للمرضى إلى الخدمات التى يحتاجونها ، أم لضمان أن يدفع أحد ما فواتير الرعاية المكلِّفة ، وأحيانًا ذات فعالية هامشية ، ومرتفعة التقنية ومكثفة ؟ وتخدم مصلحة من مثل هذه التغطية مقدم الرعاية أم المرضى ؟ هل يعنى الوصول إلى الرعاية ، بالضرورة ، الحصول على الصحة الجيدة ؟ أم أنه حقًا أكثر عدلاً أن تُنفق موارد المجتمع فى سبل أخرى لضمان تلك النتائج ؟

ساهمت مجموعة منوعة من العوامل نحو المستويات المتزايدة من الإنفاق على الرعاية الطبية منها على سبيل المثال لا الحصر ، أن أحد الحلول الوسط ، بالغة التكلفة ، التى عقد الاتفاق عليها مع تنظيم المجتمع الطبى لضمان إقرار قانون مديكير ومديكيد فى منتصف الستينيات ، هو عدم التدخل فى أسلوب الخدمة مقابل الرسوم (Fee for Service) . ولتعويض الأطباء فتحت سياسة الدفع للأطباء رسومهم «المعتادة والمألوفة» مجالاً واسعًا للإنفاق على رعاية طبية مرتفعة التقنية ومكثَّفة ومكلِّفة وموجهة للأمراض الحادة ، والتى بدأت جهود السياسات الصحية الفدرالية مؤخرًا بمحاولة وضع حد له . وقد لايكون تصميم آليات جديدة للدفع جوهريًا ، نفس الأسلوب

الأمريكي باهظ التكاليف من ممارسة الرعاية الطبية ، الاستخدام الأكثر فعالية لا الأكثر كفاءة ولا الأكثر إنصافاً لموارد المجتمع المحدودة . وتمثل مقترحات مدفوعات الأطباء وإدارة النتائج التى تمت مناقشتها فى فصول سابقة ، محاولات لمجابهة هذا البعد الهام الناتج لمشكلة الوصول إلى الرعاية ، المتضمن فى مقترحات لإصحاح نظام مدفوعات الرعاية الطبية .

يقترح الدليل المقدم سابقاً ، المتعلق بالوصول إلى الرعاية ، أن تقليل المعوقات المالية أو إزالتها ، لن يؤدى بالضرورة إلى حل مشكلة الوصول إلى الرعاية . فلا زال نظام الخدمات للسكان الفقراء والأقليات وسكان الأحياء الفقيرة فى المدن وسكان المناطق الريفية ، إضافة إلى مجموعة من فئات السكان المعرضين للخطر (مثل : الأمهات والأطفال الرضع والأشخاص المصابين بمرض نقص المناعة المكتسب (AIDS) ومدمنى المخدرات ، وضحايا المعاملة العائلية السيئة (Family Abuse) وغيرها) متجزىء وغير ملائمٍ وغير كاف . ولهذه المجموعات على الأقل ، فإن هدف تحقيق الوصول المالى يطرح تساؤلاً ، إلى ماذا يتوخون الوصول ؟ .

تطوير مقترحات التأمين الصحى الشامل :

انبثق خلال السنوات القليلة الماضية كم هائل من المقترحات لأساليب أكثر شمولية لتمويل الرعاية الطبية ، ترعاها مجموعة من الأنصار (اتحادات الأطباء وتحالفات أرباب العمل والتنظيمات العمالية وغيرها) تسعى جميعها إلى تعزيز التغطية ، شبه الشاملة للخدمات . ولكنها تختلف أساساً فى وسائل تحقيق ذلك (Blendon and Edwards 1991) . وبالإمكان تصنيف هذه المقترحات إلى ثلاث مجموعات أساسية :

١- مقترحات متوجهة إلى الإصلاح ، مبنية على السوق الخاص ، لخلق مجموعة من البدائل ذات كفاءة تكلفة مرتفعة ، ليتمكن الناس من شراء التغطية التأمينية .

٢- مقترحات مبنية على أساس أرباب العمل (إما المشاركة أو الدفع) وتستمر على مبدأ النظام الحالى حيث يوفر أرباب العمل التأمين الصحى للموظفين ، أو يدفعون الضرائب لتمويل نظام حكومى بديل .

٣- برامج متجهة إلى الإصلاح تدعمها الحكومة ، ذات مصدر واحد للتمويل على غرار النظام الكندى . كما تجرب الولايات خيارات لتقديم تغطية أكثر شمولية (General Accounting Office 1996) ، فقد دعمت إدارة الرئيس كلنتون (The Clinton Adminstration) نماذج من التنافس المدار (Managed Competetion) مع سقوف على الإنفاق ، تدمج هذه النماذج عناصر من كل تلك المقترحات .

كان آخر سؤال طرح فى هذا الفصل ، هو ، هل سيساعد التأمين الصحى الشامل على تحقيق هدف توفير الحرية وتساوى الفرص للحصول على الرعاية الطبية الفعالة والكافية ؟ والإجابة المقدمة هنا هى «يعتمد ما إذا كان التأمين الصحى الشامل يعزز تحقيق ذلك الهدف ، على البرنامج المقترح» .

معايير الإنصاف لتقييم مقترحات التأمين الصحى الشامل :

نستعرض هنا ، وفى الفصل التاسع ، ثلاثة برامج تمثل النماذج الأساسية للإصلاح وتشمل برنامج خيار المستهلكين الصحى (Consumer Choice Health Plan) ، وبرنامج الصحة الوطنى (National Health Program) التى اقترحها الأطباء لبرنامج وطنى للصحة ومقترح هيئة بيبر (Pepper Commission Proposal) . يحوى مقترح إنثوفن وكرونك (Enthoven and Kronick) للمنافسة المدارة (managed Competition) برنامج خيار المستهلكين الصحى عناصر من إستراتيجية المشاركة أو الدفع (Play or Pay) إلا أن تركيزه الأساسى هو على تطوير أسواق للرعاية الطبية ، مؤيدة للتنافس ، داخل الولايات (Enthoven and Kronick 1989a, 1989b, 1991) . أما برنامج الصحة الوطنى فهو بديل يضئل التنافس مصاغ إلى درجة كبيرة على غرار النظام الكندى (Grumbach etal 1991; Himmelstein 1989) . أما مقترح هيئة بيبر فهو برنامج مختلط يعتمد مباشرة على مواصفات النظام الحالى من التغطية الخاصة ، المبنية على أرباب العمل ولكنه يقترح أيضًا تغييرات لمجابهة عدد من مصادر اللا إنصاف القائمة (Pepper Com- mission 1990; Rockefeller 1991) . لايحتمل أن يُطبق أى من هذه المقترحات بكامله ، إلا أنها تتيح الفرصة لتحليل مكونات النماذج المتنافسة ومساهماتها المحتملة نحو هدف الإنصاف .

يلخص الملحق (٢-٧) المعايير التى تكون أساس تقييم الدرجة التى يحتمل بها أن تعزز مواصفات البرامج المختارة ، الإنصاف فى الوصول إلى الرعاية الطبية . ويراجع الفصل التاسع وينقد أمثلة من كل من أنواع البرامج الثلاثة الرئيسية من حيث مساهمتها المحتملة نحو أهداف الإنصاف إضافة إلى أهداف الفعالية والكفاءة .

كان السؤال الرئيسى الذى بدأ به هذا الفصل هو مامدى تحقيق نظام الرعاية الطبية الأمريكى لهدفه بالإنصاف فى الوصول إلى الرعاية الطبية والإجابة المقدمة هنا هى «لم يحققه جيداً» ويتطلب نجاح بعض باحثى الخدمات الصحية المعنيين بإدراك ماإذا كان التأمين الصحى الشامل سيساعد على تعزيز الإنصاف فى الوصول إلى الرعاية الطبية ، المشاركة الكاملة أيضًا للباحثين المتبنين جهود توضيح وتقييم أهداف الفاعلية والكفاءة .

المراجع :

- Aday, L. 1987. "The Ethical Implications of Prospective Payment and Corporate Medical Practice: A Research Agenda. "Social justice Research 1: 275-96.
- ____ 1992. "Indicators and Predictors of Health Services Utilization". "In Introduction to Health Services, edited by Stephen J. Williams and Paul R. Torrens. New York: John Wiley & Sons.
- Aday, L., R. Andersen, and G. Fleming. 1980. Health Care in the U. S.: Equitable for Whom? Beverly Hills: Sage Publications.
- Aday, L., and R. Eichhorn. 1972. The Utilization of Health Services: Indeces and Correlates- A Research Bibliography. DHEW Pub. No. (HSM) 73-3003. Washington, DC: Government Printing Office.
- Aiken, L., and C. Mulinix. 1987. "Special Report: The Nurse Shortage-Myth or Reality? New England Journal of Medicine 317: 641-46.
- Andersen, R., L. Aday, C. Lyttle, L. Cornelius, and M. Chen. 1987. Ambulatory Care and Insurance Coverage in an Era of Constraint. Chicago: Pluribus Press, Inc.
- Andersen, R., A. Giachello, and L. Aday. 1986. "Access of Hispanics to Health Care and Cuts in Services: A State of the Art Overview." Public Health Reports 101: 238-52.
- Anderson, G., R. Brook, and A. Williams. 1991. "A Comparison of Cost-Sharing versus Free Care in Children: Effects on the Demand for Office-based Medical Care." Medical Care 29: 890-98.
- Blendon, R., and J. Edwards. 1991. "Caring for the Uninsured: Choices for Reform." Journal of the American Medical Association 265: 2563-65.
- Blendon, R., and H. Taylor. 1989. "Views on Health Care: Public Opinion in Three Nations. "Health Affairs 8 (March): 149-57.
- Braveman, P., G. Oliva, M. Miller, R. Reiter, and S. Egerter. 1989. "Adverse Outcomes and Lack of Health Insurance among Newborns in an Eight-County Area of California, 1982 to 1986. "New England Journal of Medicine 321: 508-13.
- Bureau of Health Professions. 1990. Seventh Report to the Congress on Status of Health Personnel in the United States. Rockville, MD: Health Resources and Services Administration.
- Chiu, G., L. Aday, and R. Andersen. 1981. "An Examination of the Association of Shortage' and' Medical Access' Indicators." Health Policy Quarterly 1: 142-58.
- Cornelius, L., K. Beauregard, and J. Cohen. 1991. Usual Sources of Medical Care and Their Characteristics. AHCPR Pub. No. 91-0042, National Medical Expenditure Survey Research Findings 11. Rockville, MD: Agency for Health Care Policy and Research.
- Davis, K., and D. Rowland. 1983. "Uninsured and Undersrved: Inequities in Health Care in the United States. "Milbank Memorial Fund Quarterly/Health and Society 61: 149-76.

- Edwards, W., and D. Gibson. 1990. "Geographic Variations in Medicare Utilization of Short-stay Hospital Services, 1981-88. "Health Care Financing Review 11 (March): 107-11.

- Enthoven, A., and R. Kronick. 1989a. "A Consumer-Choice Health Plan for the 1990s: Universal Health Insurance in a System Designed to Promote Quality and Economy." New England Journal of Medicine 320: 29-37.

- ____ 1989b. "A consumer-Choice Health Plan for the 1990s: Universal Health Insurance in a System Designed to Promote Quality and Economy. "New England Journal of Medicine 320: 94-101.

- ____ 1991. "Universal Health Insurance through Incevntives Reform. "Journal of the American Medical Association 265: 2532-36.

- Ermann, D. 1990. "Rural Health Care: the Future of the Hospital. "Medical Care Review 47: 33-73.

- Farley, P. 1985. "Who Are the Underinsured?" Milbank Memorial Fund Quarterly/ Health and Society 63: 476-503.

- Feldman, R., J. Kralewski, and B. Dowd. 1989. "Health Maintenance Organizations: The Beginning or the End?" Health Services Research 24: 191-211.

- Fossett, J., J. Perloff, J. Peterson, and P. Kletke. 1990. "Medicaid in the Inner City: The Case of Maternity Care in Chicago." Milbank Quarterly 68: 111-41.

- Freeman, H., L. Aiken, R. Blendon, and C. Corey. 1990. "Uninsured Working-Age Adults: Characteristics and Consequences."Health Services Research 24: 811-23.

- Freeman, H., R. Blendon, L. Aiken, S. Sudman, C. Mullinix, and C. Corey. 1987. "Americans Report on Their Access to Health Care. "Health Affairs 6 (March): 6-18.

- Frenzen, P. 1991. "The Increasing Supply of Physicians in U. S. Urban and Rural Areas, 1975 to 1988. "American Journal of Public Health 81: 1141-47.

- Freund, D., L. Rossiter, P. Fox, J. Meyer, R. Hurley, T. Carey, and J. Paul. 1989. "Evaluation of the Medicaid Competition Demonstrations." Health Care Financing Review 11 (December): 81-97.

- Friedman, E. 1991. "The Uninsured: From Dilemma to Crisis." Journal of the American Medical Association 265: 2491-95.

- General Accounting Office. 1990. National Health Services Corps Program Unable to Meet Need for Physicians in Underserved Areas. GAO/HRD-90-128. Washington, DC: U. S. General Accounting Office.

- ____ 1991. Rural Hospitals: Federal Efforts Should Target Areas Where Closures Would Threaten Access to Care. GAO/HRD-91-41. washington, DC: U. S. General Accounting Office.

- ____ 1992. Access to Health Care: States Respond to Growing Crisis. GAO/HRD-92-70. Washington, DC: U. S. General Accounting Office.

- Ginzberg, E. 1991. "Access to Health Care for Hispanics." Journal of the American Medical Association 265: 238-41.

- Gornick, M., and M. Hall. 1988. "Trends in Medicare Use of Post-hospital Care." Health Care Financing Review, Annual Supplement: 27-38.

- Gray, B. H. 1986. For-Profit Enterprise in Health Care. Washington, DC: National Academy Press.

- Grumbach, K., T. Bodenheimer, D. Himmelstein, and S. Woolhandler. 1991 "Liberal Benefits, Conservative Spending: The Physicians for a National Health Program Proposal." Journal of the American Medical Association 265: 2549-54.

- Hadley, J., E. Steinberg, and J. Feder. 1991. "Comparison of Uninsured and Privately Insured Hospital Patients." Journal of the American Medical Association 265: 374-79.

- Health Care Financing Review. 1989. "The Impact of the Medicare Hospital Prospective Payment System: 1986 Annual Report." Health Care Financing Review 10 (March): 160-161.

- Health Services Research. 1989. "Special Issue: A Rural Health Services Research Agenda." Health Services Research 23: 725-1083.

- Himmelstein, D., S. Woolhandler, and the Writing Committee of the Working Group on Program Design. 1989."A National Health Program for the United States: A Physicans' Proposal." New England Journal of Medicine 320: 102-8.

- Holahan, J., and S. Zedlewski. 1991. "Expanding Medicaid to Cover Uninsured Americans." Health Affairs 10 (March): 45-61.

- Hosek, S., M. S. Marquis, K. Wells, D. Garnick, and H. Luft. 1990. The Study of Preferred Provider Organizations: Executive Summary. R-3798-HHS/NIMH. Santa Monica, CA: RAND Corporation.

- Iglehart, J. 1987. "Health Policy Report: Problems Facing the Nursing Profession." New England Journal of Medicine 317: 646-51.

- Institute of Medicine. 1988. Prenatal Care: Reaching Mothers, Reaching Infants. Washington, DC: National Academy Press.

- ____ 1989a. Medical Professional Liability and the Delivery of Obstetrical Care, Volume I. Washington, DC: National Academy Press.

- ____ 1989a. Medical Professional Liability and the Delivery of Obstetrical Care, Volume II. Washington, DC: National Academy Press.

- Johns, L., and G. Adler. 1989. "Evaluation of Recent Changes in Medicaid." Health Affairs 8 (March): 171-81.

- Kasper, J. 1986. "Health Status and Utilization: Differences by Medicaid Coverage and Income."Health Care Financing Review 7 (June): 1-17.

- Kenney, G., and J. Holahan. 1991. "Nursing Home Transfers and Mean Length of Stay in the Prospective Payment Era." Medical Care 29: 589-609.

- Kindig, D., and H. Movassaghi. 1989. "The Adequacy of Physician Supply in Small Rural Counties."Health Affairs 8 (June): 63-76.

- Kleinman, J., and R. Wilson. 1977. "Are the Medically Underserved Areas Medically Underserved?" Health Services Research 12: 147-62.

- Kosecoff, J., K. Kahn, W. Rogers, E. Reinisch, M. Sherwood, L. Rubenstein, D. Draper, C. Roth, C. Chew, and R. Brook. 1990. "Prospective Payment System and

Impairment at Discharge: The Quicker and Sicker' Story Revisited."Journal of the American Medical Association 264: 1980-83.

- Kuder, J., and G. Levitz. 1985. "Visits to the Physician: An Evaluation of the Usual Source Effect." Health Services Research 20: 579-96.

- Langwell, K., andf J. Hadley. 1989. "Evaluation of the Medicare Competition Demonstrations." Health Care Financing Review 11 (December): 65-80.

- Levit, K. R., and C. A. Cowan. 1991. "Business, Households, and Governments: Health Care Costs, 1990." Health Care Financing Review 13 (December): 83-93.

- Lohr, K., R. Brook, C. Kamberg, G. Goldberg, A. Leibowitz, J. Kessey, D. Reboussin, and J. Newhouse. 1986. "Use of Medical Care in the RAND Health Insurance Experiment: Diagnosis and Service-Specific Analyses in a Randomized Controlled Trial." Medical Care 24 (supp.): S1-87.

- Manton, K., C. Patrick, and K. Johnson. 1987. "Health Differentials Between Blacks and whites: Recent Trends in Mortality and Morbidity." Milbank Quarterly 65 (supp. 1): 129-99.

- Maurana, C., R. Eichhorn, and L. Lonnquist. 1981. Teh Use of Health Services: Indices and Correlates-A Research Bibliography. Rockville, MD: National Center for Health Services Research.

- Mitchell, J. 1991. "Physician Participation in Medicaid Revisited." Medical Care 29: 645-53.

- Morrison, E., and H. Luft. 1990. "Health Maintenance Organization Environments in the 1980s and Beyond." Health Care Financing Review 12 (September): 81-90.

- Mullner, R., R. Rydman, D. Whiteis, and R. Rich. 1989. "Rural Community Hospitals and Factors Correlated with Their Risk of Closing." Public Health Reports 104: 315-25.

- National Center for Health Statistics. 1984. Health Indicators for Hispanic, Black, and White Americans. DHHS Pub. No. PHS 84-1576. Washington, DC: U. S. Government Printing Office.

- ____ 1988. Health Promotion and Disease Prevention, United States, 1985. DHHS Pub. No. PHS 88-1591. Washington, DC: U. S. Government Printing Office.

- ____ 1990a. Health, United States, 1989. DHHS Pub. No. PHS 90-11232. Washington, DC: U. S. Government Printing Office.

- ____ 1990b. Health of Black and White Americans, 1985-87. DHHS Pub. No. PHS 90-1599. Washington, DC: U. S. Government Printing Office.

- ____ 1990c. Breast Cancer Risk Factors and Screening: United States, 1987. DHHS Pub. No. PHS 90-1500. Washington, DC: U. S. Government Printing Office.

- ____ 1991a. Educational Differences in Health Status and Health Care. DHHS Pub. No. PHS 91-1507. Washington, DC: U. S. Government Printing Office.

- ____ 1991b. Health United States, 1990. DHHS Pub. No. PHS 91-1232. Washington, DC: U. S. Govenment Printing Office.

- ____ 1992. Health United States, 1991. DHHS Pub. No. PHS 91-1232. Washington, DC: U. S. Government Printing Office.

- National Commission to Prevent Infant Mortality. 1988. Malpractice and Liability: An Obstetrical Crisis. Washington, DC: National Commission to Prevent Infant Mortality.
- Oberg, C., and C. Polich. 1988. "Medicaid: Entering the Third Decad." Health Affairs 7 (September): 83-96.
- Office Of Technology Assessment. 1990. Health Care in Rural America. OTA-H-435. Washington, DC: U. S. Government Printing Office.
- Pepper Commission: U. S. Bipartisan Commission on Comprehensive Health Care. 1990. A Call for Action: Final Report. Washington, DC: U. S. Government Printing Office.
- Perloff, J., and N. Morris. 1989. "Validating Reporting of Usual Sources of Health Care."In Health Survey Research Mthods, edited by Floyd J. Fowler, Jr. DHHS Publication No. PHS 89-3447. Washington, DC: U. S. Government Printing Office.
- Relman, A. 1980. "The New Medical-Industrial Complex." New England JOurnal of Medicine 303: 963-70.
- Ries, P. 1991. Characteristics of Persons With and Without Health Care Coverage: United States, 1989. DHHS Pub. No. PHS 91-1250. Hyattsville, MD: National Center for Health Statistics.
- Robert Wood Johnson Foudation. 1987. Access to Health Care in the United States: Results of a 1986 Survey. Special Report Number Two. Princeton, NJ: The Robert Wood Johnson Foundation.
- Rockefeller, J. 1991. "A Call for Action: The Pepper Commissions's Blueprint for Health Care Reform." Journal of the American Medical Association 265: 2507-10.
- Rosenbach, M. 1989. "the Impact of Medicaid on Physician Use by Low-income Children." American Journal of Public Health 79: 1220-26.
- Russell., and C. Manning. 1989. "The Effect of Prospective Payment on Medicare Expenditures." New England Journal of Medicine 320: 439-44.
- Schloss, E. 1988. "Sounding Board: Beyond GMENAC-Anothe Physician Shortage from 2010 to 2030?" New England Journal of Medicine 318: 920-22.
- Schwartz, W., F. Sloan, and D. Mendelson. 1988. "Why There Will Be Little or No Physician Surplus betweenNow and the Year 2000." New England Journal of Medicine 318: 892-97.
- Short, P. 1990. estimates of the Uninsured Population, Calendar Year 1987. DHHS Publication No. PHS 90-3469. Rockvill, MD: Agency for Health Care Policy and Research.
- Short, P., A. Monheit, and K. Beauregard. 1989. A Profile of Uninsured Americans. DHHS Publication No. PHS 89-3443. Rockville, MD: National Center for Health Services Research and Health Care Technology Assessment.
- Sloan, F., J. Blumstein, and J. Perrin. 1986. Uncompensated Hospital Care: Rights and Responsibilities. Baltimore: Johns Hopkins University Press.

- Sloan, F., M. Morrisey, and J. Valvona. 1988. Effects of the Medicare Prospective Payment System on Hospital Cost containment: An Early Appraisal." Milbank Quarterly 66: 191-220.
- Tavani, C. 1991. "Report on a Seminar on Financing and Service Delivery: Issues in Caring for the Medically Underserved." Public Health Reports 106: 196-26.
- Trevino, F., M. E. Moyer, R. B. Valdez, and C. Stroup-Benham. 1991. "Health Insuranc Coverage and Utilization of Health Services by Mexican Americans, Mainland Puerto Ricans, and Cuban Americans." Journal of the American Medical Association 265: 233-37.
- United States Congress, Senate Special Committee on Aging. 1988. The Rural Health Care Challenge. Serial No. 100-N. Washington, DC: U.S. Government Printing Office.
- Wagner, E., and T. Bledsoe. 1990. "The RAND Health Insurance Experiment and HMOs." Medical Care 28: 191-200
- Ware, J., R. Brook, W. Rogers, E. Keeler, A. Ross-Davies, C. Sherbourne, G. Goldberg, P. Camp, and J. Newhouse. 1986. "Comparison of Health outcomes at a Health Maintenance Organization with Those of Fee-for Service Care." Lancet 1: 1017-22.
- Warner, D. 1991. "Health Issues at the U. S. -Mexican Border." Journal of the American Medical Association 265: 242-47.
- Wenneker, M., J. Weissman, and A. Epstein. 1990. "The Association of Payer with Utilization of cardiac Procedures in Massachusetts." Journal of the American Medical Association 264: 1255-60.
- Wilensky, G., and M. Berk. 1982. "Health Care, the Poor, and the Role of Medicaid" Health affairs 1 (September): 93-100.

Equity of Access: Evidence and an Application

Appendix 7.1 : Highlights of Selected Indicators of Equity of Access to Medical Care .

Potential Access

Characteristics of the Delivery System :

Availability : Distribution of providers (Michell 1991; NCHS 1999c, 1992).

Active nonfederal physicians per 10,000 civilian population (1989) :

U. S. = 21.9; DC = 58.0; Texas = 17.8; Alaska = 14.2 .

Registered nurses per 100,000 resudebt oioykatuib (1989) :

U. S. = 57.8; Northeast = 69.3; Midwest = 60.7; South = 46.8; /west = 61.0 .

Ptage of physicians refusing to see Medicaid patients :	1977-78	1984-85
____ Total physicians	22.7%	16.5%
____ Obstetrician-gynecologists	35.6	27.1

Organization : Types of facilities (NCHS 1992) :

Community hospital beds per 1,000 resident population (U. S.) :

1940 = 3.2; 1950 = 3.3; 1960 = 3.6; 1970 = 4.3; 1980 = 4.5; 1989 = 3.8 .

Health maintenance organizations (all plans, U. S.) :

1976 = 147; 1980 = 235; 1985 = 478; 1986 = 623; 1987 = 647; 1989 = 604;

1990 = 572; 1991 = 553 .

Nursing home beds per 1,000 resident population 85 years of age and over (U. S.) :

1976 = 681.4; 1982 = 603.; 1986 = 582.2 .

Inpatient and residential treatment beds in mental health organizations per 100,000 civilian population (U. S.) :

1970 = 263.6; 1976 = 160.3; 1980 = 124.3; 1988 = 111.5 .

Financing : Sources of payment (Levit and Cowann 1991) .

Percentage distribution of selected expenditures for health services and supplies (U. S.) :

	1965	1975	1980	1985	1990
Public					
Federal government	9%	17%	18%	17%	18%
State & Local government	12	14	14	15	15
Private					
Private business	17	23	27	28	29
Household (individual)	61	44	38	37	35

Continued

الملحق (١-٧) النقاط الرئيسية لمؤشرات مختارة للإنصاف فى الوصول إلى الرعاية الطبية :

الوصول المحتمل :

مواصفات نظام تقديم الرعاية :

المتاحية : توزيع مقدمى الرعاية (Mitchell 1991; NCHS 1990c, 1992) :

الأطباء غير الفدراليين النشيطين لكل ١٠,٠٠٠ من السكان المدنيين (١٩٨٩م) .

الولايات المتحدة = ٢١,٩ ، مقاطعة كلومبيا = ٥٨,٠ ، تكساس = ١٧,٨ ، ألاسكا = ١٤,٢ .

المرضات المسجلات (RN) لكل ١٠٠,٠٠٠ من السكان المقيمين (١٩٨٩م) .

الولايات المتحدة = ٦٧١,٠ ، الشمال الشرقى = ٨٤٣,٧ ، الوسط الغربى = ٧٢٩,٥ ، الجنوب = ٥٦٢,٢ ، الغرب = ٦١٣,٨٠ .

أطباء الأسنان لكل ١٠٠,٠٠٠ من السكان المقيمين (١٩٨٧م) .

الولايات المتحدة = ٥٧,٨ ، الشمال الشرقى = ٦٩,٣ ، الوسط الغربى = ٦٠,٧ ، الجنوب = ٤٦,٨ ، الغرب = ٦١,٠ .

نسبة الأطباء الذين يرفضون علاج مرضى مديكير	١٩٧٧-١٩٧٨م	١٩٨٤-١٩٨٥م
عدد الأطباء الكلى	٢٢,٧٪	١٦,٥٪
أطباء أمراض النساء والولادة	٣٥,٦٪	٢٧,١٪

التنظيم : أنواع المرافق (NCHS 1992) :

أسرّة مستشفيات المجتمع لكل ١٠٠٠ من السكان المقيمين (الولايات المتحدة) .

١٩٤٠م = ٣,٢ ، ١٩٥٠م = ٣,٣ ، ١٩٦٠م = ٣,٦ ، ١٩٧٠م = ٤,٣ ، ١٩٨٠م = ٤,٥ ، ١٩٨٩ = ٣,٨

تابع الملحق (١-٧) :

منظمات الحفاظ على الصحة (جميع البرامج فى الولايات المتحدة) .

١٩٧٦م = ١٧٤ ، ١٩٨٠م = ٢٣٥ ، ١٩٨٥م = ٤٧٨ ، ١٩٨٦م = ٦٢٣ ، ١٩٨٧م = ٦٤٧ ، ١٩٨٩م = ٦٠٤ ، ١٩٩٠م = ٥٧٢ ، ١٩٩١م = ٥٥٣

أسرة دور المسنين لكل ١٠٠٠ من السكان المقيمين بسن ٨٥ أو أكبر (الولايات المتحدة) .

١٩٧٦م = ٦٨١,٤ ، ١٩٨٢م = ٦٠٣,٠ ، ١٩٨٦م = ٥٨٢,٢ .

عدد أسرة العلاج والإقامة فى منظمات الصحة العقلية لكل ١٠٠,٠٠٠ من السكان المدنيين (الولايات المتحدة) .

١٩٧٠م = ٢٦٣,٦ ، ١٩٧٦م = ١٦٠,٣ ، ١٩٨٠م = ١٢٤,٣ ، ١٩٨٨م = ١١١,٥ .

التمويل : مصادر المدفوعات (Levit and Cowan 1991) :

نسب توزيع إنفاق مختار للخدمات والإمدادات الصحية (الولايات المتحدة) .

الإنفاق العام	١٩٦٥م	١٩٧٥م	١٩٨٠م	١٩٨٥م	١٩٩٠م
الحكومة الفدرالية	٩٪	١٧٪	١٨٪	١٧٪	١٨٪
الحكومات المحلية والولاية	١٢	١٤	١٤	١٥	١٥
الإنفاق الخاص					
الأعمال الخاصة	١٧	٢٣	٢٧	٢٨	٢٩
الأسرة (الأفراد)	٦١	٤٤	٣٨	٣٧	٣٥

تابع الملحق (١-٧) :

مواصفات السكان :

المكنة : مصدر معتاد للرعاية (Cornelius, Beauregard, and Cohen 1991) :

نسبة توزيع مصدر الرعاية المعتاد بالعِرْق والدخل (١٩٨٧م) .

	العرق			الدخل	
	أبيض	أسود	أسبانى	مرتفع	منخفض
بدون مصدر معتاد	١٧,٠٪	٢٢,٩٪	٢٧,٩٪	١٦,٥٪	٢٤,٠٪
الذين لديهم مصدر فى عيادة الطبيب	٨٩,٥٪	٦٩,٦٪	٧٣,٧٪	٨٩,٥٪	٧٣,٦٪
العيادات الخارجية أو الطوارئ بالمستشفى	٤,٤	١٥,٨	٩,٩	٤,٤	١١,١
عيادات أخرى	٦,١	١٤,٥	١٦,٤	٦,٢	١٥,٣

المكنة : التغطية التأمينية (Friedman,1991; Ries 1991) :

عدد غير المؤمَّنين (تقدير) : ٣١-٣٧ مليونًا ، عدد المؤمنين تأمينًا غير كاف (تقدير) : ٤٨ مليونًا .

نسبة غير المؤمنين بالعرق والدخل (تحت عمر ٦٥ و ١٩٨٩م) .

	العرق			الدخل	
	أبيض	أسود	أسبانى	مرتفع	منخفض
نسبة غير المؤمنين	١٢,٨٪	٢٠,٢٪	١٩,٧٪	١٠,٣٪	٣٢,٥٪

نسبة الفقراء الذين لديهم تغطية مديكيد (١٩٨٩) : ٤٠٪ .

تابع الملحق (١-٧) :

الوصول الفعلى

الاستخدام :

نوع الاستخدام : استخدام خدمات مختارة (NCHS 1992) :

نسبة الذين اتصلوا بمقدم الخدمة أو أتموا إجراءً صحيًا بالعرق أو الأصل .

	العرق أو الأصل			
	أبيض	أسود	أسبانى	سكان أمريكا الأصليين
الذين بدءوا رعاية قبل الولادة	٧٨,٩٪	٦٠,٠٪	٥٩,٥٪	٥٧,٩٪
فى الثلاثة أشهر الأولى				
(١٩٨٩م) التطعيمات للأطفال				
بعمر ١-٤ (١٩٨٥م)				
- الحصبة	٦٣,٦٪	٤٨,٨٪	-	-
- الحصبة الألمانية	٦١,٦٪	٤٧,٧٪	-	-
- الثلاثى	٦٨,٧٪	٤٨,٧٪	-	-
- الشلل	٥٨,٩٪	٤٠,١٪	-	-
- النكاف	٦١,٨٪	٤٧,٠٪	-	-
راجعوا طب الأسنان العام السابق (١٩٨٩م) .	٦٠,٠٪	٤٤,٠٪	-	-

تابع الملحق (١-٧) :

الغاية من الاستخدام : استخدام الخدمات المتعلقة بالاحتياج (NCHS 1992) .

مراجعات الأطباء المتعلقة بالاحتياج حسب العرق والدخل (١٩٩٠م) :

	العرق		الدخل	
	أبيض	أسود	٥٠,٠٠٠ أو أكثر	١٤٠٠٠ دولار أو أقل
الاحتياج				
نسبة الذين فى صحة متوسطة أو سيئة .	٨,١٪	١٥,١٪	٤,٠٪	١٨,٦٪
نسبة الذين لديهم محدودية فى النشاط المعتاد بسبب الأمراض المزمنة .	١٢,٨٪	١٥,٥٪	٨,٤٪	٢٢,٩٪
الاستخدام				
نسبة الذين راجعوا طبيب العام السابق .	٧٨,٧٪	٧٧,٥٪	٨١,٧٪	٧٧,٣٪
متوسط زيارات الطب العام السابق .	٥,٦٪	٥,١٪	٥,٦٪	٦,٣٪

الرضا :

العام : الرأى العام (Blandon and Taylor 1989) .

نظرة الجمهور العامة لنظم الرعاية الصحية (١٩٨٨م) .

تابع الملحق (١-٧) :

	الولايات المتحدة	كندا	المملكة المتحدة
- يعمل النظام الصحى جيداً بصفة عامة ولايحتاج إلا لتعديلات طفيفة لتحسينه .	٪١٠	٪٥٦	٪٢٧
- يوجد نواحٍ جيدة فى النظام الصحى إلا أنه يحتاج لتعديلات جوهرية .	٪٦٠	٪٣٨	٪٥٢
- يوجد سلبيات كثيرة فى النظام الصحى لدرجة أنه يحتاج إلى إعادة بنائه .	٪٢٩	٪٥	٪١٧
- غير متأكد .	٪١	٪١	٪٤

رأى محدد بمراجعة معينة : آراء المرضى (Blendon and Taylor 1989) .

رضا المرضى عن الرعاية الطبية

	الولايات المتحدة	كندا	المملكة المتحدة
التنويم : راض جداً	٪٥٧	٪٧١	٪٦٧
مراجع الطبيب : راض جداً	٪٥٤	٪٧٣	٪٦٣

الملحق (٧-٢) معايير تقويم مقترحات التأمين الصحى الشامل من حيث هدف الإنصاف فى الوصول إلى الرعاية الطبية .

مقترحات مختارة للتأمين الصحى الشامل

معايير الإنصاف لمقترحات التأمين الصحى الشامل	مقترح تدعمه الحكومة ، (ممول منفرد) (NHP)	مقترح مبنى على أرباب العمل (PCP)	مبنى على السوق (CCHP)
حرية الخيار تضئيل القيود على خيار المستهلك لمقدم الرعاية	الإبقاء على خيارات الرعاية الحالية	تشجيع الرعاية المدارة مثل خيارات (PPO ,HMO وغيرها)	يتطلب خيارات الرعاية المدارة (PPO , HMO وغيرها)
المعاملة المتماثلة . البرنامج توفير التغطية الشاملة .	تغطية الجميع تحت برنامج الصحة الوطنى (NHP) . تكوين إدارة عامة لبرنامج الصحة الوطنى فى كل ولاية . تقليص الممولين الخاصين والتأمين الحاليين تدريجياً .	الخاص : سن تغطية أرباب العمل لجميع الموظفين . العام : تكوين برنامج شبيه بمديكير للآخرين الحد من دور مديكيد .	الخاص : سن تغطية أرباب العمل للموظفين بكامل ساعات الدوام . العام : تكوين الدعم العام للآخرين فى جميع الولايات لا تغيير مبدئياً . مديكيد/ مديكير
استخدام تثمين المجتمع المرضى .	إلغاء التأمين الخاص . فاوض الاعتمادات والرسوم .	إصلاح سوق التأمين يتطلب تثمين المجتمع .	تعويض البرامج مرتفعة الخطورة ، الاحتفاظ بتثمين الخبرة .
استخدام أساليب تقدمية لتحديد مساهمة المستهلك .	المدى القصير : يدفع الممولون الحاليون إلى برنامج الصحة الوطنى .	الخاص : يدفع الموظفون حداً أقصى يبلغ ٢٠٪ من رسوم التأمين .	الخاص : يدفع أرباب العمل (٨٠٪) من التكلفة (+٨٠٪) من ضرائب على أو (٢٢,٥٠) دولار الأولى من رواتب الموظفين غير المؤمنين .

تابع الملحق (٢-٧)

معايير الإنصاف لمقترحات التأمين الصحى الشامل	مقترح تدعمه الحكومة ، (ممول منفرد) (NHP)	مقترح مبنى على أرباب العمل (PCP)	مبنى على السوق (CCHP)
	المدى الطويل : تطبيق ضرائب مقدرة على الدخل أو الرواتب أو غيرها .	العام : يدفع المشتركون ٢٠٪ .	العام : يدفع الداعم العام (٨٠٪) من التكلفة .
الحد من تكلفة المستهلك المباشرة .	لا يشارك المستهلك فى التكلفة .	على مستوى الفاقة لا يدفع شيء على ضعف مستوى الفاقة مقياس متدرج . الباقون التكلفة الكاملة .	على مستوى الفاقة تغطية الرسوم على ١,٥ من مستوى الفاقة مقياس متدرج . الآخرون (٨٪) خدمة .
مقدم الخدمة : استخدام صفة التعويض لجميع الممولين .	يحدد النسبة ممول واحد .	الخاص : لا قيود العام : قوانين مديكير	تتفاوت النسب حسب البرامج المتنافسة .
الحد من تعويض مقدم الرعاية .	ميزانية عامة : تفاوض الرسوم مع برنامج الصحة الوطنى .	الخاص : يشجع العام : يتطلب	تتفاوت النسب من خلال البرامج المتنافسة .
الحد الأدنى المعقول : التغطية للمنافع الجوهرية - الرعاية الأولية - الرعاية الحادة - الرعاية طويلة المدى	المنافع الضرورية : تشمل جميع الخدمات التى يقدر أنها ضرورية طبياً .	المنافع الشاملة : تشمل التركيز على الخدمات الوقائية والخدمات طويلة المدى .	المنافع الأساسية : تشمل الواردة فى قانون منظمات الحفاظ على الصحة مع بعض القيود .
الحاجة وفعالية التكلفة : تحديد أولويات للمنافع على أساس النتائج - الوقاية الأولية - الوقاية الثانوية - وقاية المستوى الثالث	تأسيس مجلس لتقييم الخدمات الضرورية والفعالة .	التشجيع على بحوث النتائج والفعالية . وتشجيع المستهلكين المتعقلين فى المشتريات	تشجيع بحوث تدبير النتائج يتطلب خيارات عقلانية فيما يتعلق بالجودة والتكلفة من قبل أرباب العمل والمستهلكين .
إصلاح قوانين المسئولية للأخطاء الطبية	ـــــــ	دراسة البدائل	ـــــــ

الفصل الثامن

دمج بحوث الخدمات الصحية وتحليل السياسات

ينهمك باحثو الخدمات الصحية روتينياً فى إنتاج المعلومات المستخدمة فى حوارات السياسات العامة . ولتعزيز تفهّم كل من المنتجين والمستخدمين لهذه البحوث ، يفحص هذا الفصل العلاقة بين بحوث الخدمات الصحية وتحليل السياسات ، حيث يوفر الجزء الأول نظرة عامة موجزة على مايفعله محللو السياسات ، ولماذا ؟ . بينما تناقش أهداف تحليل السياسات ضمن بيئة النماذج البديلة من صنع السياسات وترتبط أنوا ع مختلفة من التحليل بمراحل عملية صنع السياسات . بعد ذلك يستقصى دور بحوث الخدمات الصحية فى تحليل السياسات إذ ترتبط أوجه من بحوث الفعالية والكفاءة والإنصاف بمهام تحليل السياسات ، مثل : تحديد مشكلة السياسة ذات الأهمية وتعريف تقييم الحلول البديلة . وأخيراً نستعرض محدوديات بحوث الخدمات الصحية كمصدر لتحليل السياسات :

المفاهيم والمنهجيات فى تحليل السياسات :

أهداف تحليل السياسات :

هناك هدفان عامان لتحليل السياسات :

(١) إنتاج المعلومات المتصلة بصنع السياسات .

(٢) تطوير حجج معقولة لتحويل المعلومات إلى توصيات للنشاطات الحكومية (Dunn 1981) .

ويتضمن الهدف الأول إجراء ، أو تأويل ، تحليلات السلوك الفردى أو المؤسساتى أو سلوك النظام المتعلق بسؤال معين من أسئلة السياسة . تصبح النتائج هى المعلومات المستخدمة للتطوير حجة لدعم توصية محددة للسياسات وتعنى توصيات السياسات بالتساؤلات التى يواجهها صانعو السياسات لتحديد الاحتياج إلى نشاط حكومى وتحديد هذا النشاط ، وقد تشمل مثل هذه التساؤلات مايلى :

(١) ماهى المشكلة أو المناسبة التى تتطلب التدخل ؟

(٢) ماهى البدائل التى يحتمل أن تحل المشكلة أو تحقق المناسبة ؟

(٣) ماهو النجاح المحتمل أو الفعلى للسياسات فى مواجهة هذه القضايا ؟

قد يوصف صنع السياسات عامة بأنه مجموعة من الخيارات حول أهداف الحكومة وسبل تحقيقها . ويركز هذا الوصف على اتخاذ القرار ويشير إلى الحاجة إلى كل من المعلومات الإيجابية (الحقيقية) والمعلومات المعيارية (غير الموضوعية) .

تكون الحاجة للمعلومات الإيجابية ، على سبيل المثال ، لوصف تفسير الأوضاع الاجتماعية (ارتفاع أعداد غير المؤمَّن عليهم) والنتائج المحتملة لبدائل مختلفة قيد الاعتبار لمواجهة مشكلة ما (أعداد الأشخاص الذين يتوقع عدم حصولهم على تغطية تحت خيارات التأمين الصحى الشامل) ، أو النتائج الفعلية للسياسات الحالية أو السابقة (نطاق التغطية تحت برامج التأمين الشامل على مستوى الولاية) ، إذًا نوع السؤال الذى يطرح هو واقعى وحقيقى : هل يوجد شىء ما ؟

أما المعلومات المعيارية ، من ناحية أخرى ، فيحتاج لها لتحديد مرغوبية الأوضاع الراهنة ، أو قيمة أو أهمية النتائج الحاصلة من فعل أو مقترح أو سابق . فعلى سبيل المثال ، بعد توفير المعلومات الحقيقية عن الذين سوف تغطيهم مقترحات التأمين الصحى الشامل المختلفة ، قد يقيِّم المحللون المقترحات معياريًا حسب إمكانية تحقيق هدف معين للإنصاف (الاستخدام المبنى على أساس الاحتياج) ؛ إذًا فهدف التحليل المعيارى هو تحديد مدى الرغبة فى الأوضاع الحالية والمستقبلية . وتكون مثل هذه المعلومات غالبًا موضع نزاع لأن القيم المتنافسة تؤدى إلى تأويلات مختلفة للمعلومات الحقيقية . ومن المقترح أن يكون هدف تحليل السياسات – إجراء التحليلات المناسبة وتطوير التوصيات على أساس حجج معقولة ، أما معايير تقدير تحليل السياسات فهى : وثاقة الصلة والصحة والمعقولية ، حيث تشير «وثاقة الصلة» إلى مدى ارتباط المعلومات الحقيقية والمعيارية التى ينتجها المحلل مباشرة إلى أسئلة السياسة وتكون فى الوقت المناسب ، وهل تستجيب المعلومات للأسئلة المحددة والمفصلة التى تنشأ حول مشروع قانون مطروح أمام الكونغرس أو حول مقترح سياسة فى مكتب الحاكم ؟ ويجب أن يضم تركيزها مواصفات البرامج والمقترحات والأطر الزمنية القائمة ، ويجب أن تكون

المعلومات الناتجة «صحيحة» (Valid) ، حيث تشير الصحة إلى دقة المعلومات فى الإجابة على أسئلة السياسات ، أى أنها تعرف أسباب مشكلة ما ، وتفحص المجموعة المناسبة من البدائل الملائمة ، أو تحدد النتائج الفعلية لخيارات السياسة بما فيها النتائج غير المقصودة . فكلما ازداد فشل دراسة تحقيق المتطلبات آنفة الذكر قلت صحتها . هذا وتنبع أهمية «المعقولية» فى تحليل السياسات من إدراك أن نفس الحقائق (البيانات التى توضح أن تكاليف الرعاية الصحية وأعداد غير المؤمن عليهم فى ارتفاع) غالبًا تقود المنتفعين من السياسات (أصحاب النفوذ) ، إلى تعريفات متضاربة لمشكلات أو حلول السياسات (وجود أو عدم وجود الحاجة إلى الإصلاح فى نظام تمويل الرعاية الصحية) . تركز النزاعات على وعود السياسات ، على الافتراضات الأساسية – مثل عن السلوك الإنسانى أو المؤسساتى أو دور الحكومة فى المجتمع – التى تفترض غالبًا عند تحويل البيانات إلى وعود . من هذا النطاق الهام تكون جميع وعدد السياسات ذاتية أو غير موضوعية (Subjective) . وباعتبار طبيعة التحليل غير الموضوعية فإن الاختبار الأساسى للتحليل الجيد هو قدرة تأويل ماعلى الصمود أمام الفحص الانتقادى لكل من افتراضه الأساسى ، وتركيبته المنطقية (Bobrow and Dryzek 1987) . وهكذا بالإمكان اعتبار تحليل ما «معقولاً» حسب معيار التمام . هل يحوز على المعلومات المتعلقة بالسياسة وجميع العناصر المتطلبة لإدراك تركيبته المنطقية وافتراضاته ؟

عين دن (Dunn 1981) المكونات الخمسة لحجة مبرهنة تامة هى :

١- المعلومات المتعلقة بالسياسة التى تؤدى إلى توصية ، يعبر فيها المحلل عن درجة من الثقة .

٢- وجود مبررات لتعزيز التوصية .

٣- المساعدة للدعم الإضافى للمبررات والتوصية .

٤- أى قيود خاصة للتوصيات .

٥- التفكير فى دراسة الردود الممكنة على الحجة .

توضح توصية أن تستثمر الحكومة الفدرالية فى منظمات الحفاظ على الصحة ، طبيعة كل من العناصر السابقة الذكر . فأساس الحجة هو معلومة أن منظمات الحفاظ على الصحة هى أكثر كفاءة من العيادات الانفرادية أو عيادات المجموعة التقليدية . ويفسر المبرر لِمَ تؤد هذه المعلومات إلى التوصية ؟ . وفى هذه الحالة فإن المبرر قد يشير إلى تأثير تكاليف الرعاية الصحية على الميزانية الفدرالية أو إلى إمكانية عجز أو إفلاس نظام مديكير . قد يكون هناك احتياج إلى افتراضات أو حجج أو مبادئ إضافية للتوصية . فقد يشمل الدعم والتأييد للاستثمار فى منظمات الحفاظ على الصحة (HMO) براهين عن أن إستراتيجيات احتواء التكاليف الأخرى أقل فعالية ، أو لديها معوقات مقارنة ببديل منظمات الحفاظ على الصحة . وفى الرد على الحجة ، يدرس المحلل المعلومات والأسباب والافتراضات التى تكون الوعود فى ظلها خاطئة . وبهذا قد يعترض الرد فى حالة منظمات الحفاظ على الصحة على تأثير تكاليف الرعاية الصحية على الميزانية أو على إفلاس نظام مديكير المتوقع ، أو إدعاءات الكفاءة ، من مؤيدى منظمات الحفاظ على الصحة . وكذلك يوجد مبدآن محتملان فى الرد . أولاً : قد تكون السياسة غير قابلة للتطبيق . وثانيًا : قد يكون للإستراتيجية آثار غير مقصورة ولا مرغوبة (مثل : جودة الرعاية) .

يجب الإشارة هنا إلى وجود استخدامات أخرى لتحليل السياسات إضافة إلى استخدامها كأساس لصنع القرارات . فعلى سبيل المثال قد تجرى التحليلات لتعزيز أو لتغيير آراء صانعى السياسات عن إيجابيات وسلبيات سياسة ما . فقد يستخدم التحليل لدعم موقف متخذ مسبقًا أو لإقناع الآخرين لتغيير موقفهم من قضية ما . والاستخدام الآخر هو التنبؤ باحتمال وقوع نزاع حول قرار فى المستقبل والعامل الرئيسى هنا هو التنبؤ بما سوف يراه صانعو القرار ذوى العلاقة على أنه إيجابيات أو سلبيات توصية ما كما تكون التحليلات مفيدة فى اختيار أو تعديل النظريات والمنهجيات الحالية المستخدمة فى البحوث والتحليل . وقد لاتؤثر تحليلات السياسة مباشرة على صنع القرارات الحالية ، ولكن قد تؤدى إلى جهود مستقبلية تكون مؤثرة (Nagel 1988) .

نماذج صنع السياسات :

يوجد عدد من النماذج المختلفة لكيفية اتخاذ قرارات السياسة ، أو كيف يجب أن تتخذ ، فى المنظمات العامة والخاصة ، لكل منها تضمينات (Implications) مختلفة لدور ونوع تحليل السياسة الممكن أو المناسب . وتشمل نماذج «العقلانى الشامل» (Rational - Comprehensive) . والإرضاء (Satisficing) والمسح الممتزج (Mixed - Scanning) والسياسى (Political) . يصور نموذج العقلانى الشامل الذى يرجع إلى كتابات جون دوى (John Dewey 1910) الفلسفية ، وذرائعيين (Pragmatists) أمريكيين آخرين ، عملية صنع السياسة كمجموعة من المراحل المنطقية المحددة (انظر الجدول ١-٨) .

١- تعريف المشكلة .

٢- تحديد البدائل التى يحتمل أن تحل المشكلة .

٣- تقييم واختيار أفضل البدائل لتحقيق الهدف .

٤- وصف النتائج المحتملة للبديل المختار .

٥- تقييم وتعديل البديل على ضوء نتائجه المحتملة .

ينسب هذا النموذج صفات مثالية لصانع السياسة على أنه شخص موضوعى ، ذو علم بالأمور ، يهدف إلى اختيار السياسات التى تعظم صالح المجتمع . يقترح النموذج سلسلة من التحليلات ، مرتبة زمنيًا ، لحل المشكلات بأسلوب منطقى منظم . ويتضمن هذا النموذج فى حدوده القصوى دورًا لتحليل السياسات الشامل . فيجب أن تأخذ التحليلات جميع تعريفات المشكلة بالاعتبار ، وتعبر عن أهداف السياسة بوضوح ودقة وتشمل اختبارًا كاملاً لجميع البدائل المحتملة فى تطوير الحل ، وتُقيَّم النتائج المحتملة على أساس أداء النشاطات المرتبطة .

يؤدى الوقوف على حقيقة أن المعلومات المستخدمة فى تحليل السياسات هى محدودة ومكلفة ، إلى إدراك أنه يجب اتخاذ القرار ، فى حالات عديدة ، تحت ظروف غير مؤكدة . وتؤدى هذه المحدودية إلى المنظور التزايدى (Incremental view) (المعروف بالنموذج الإرضائى (Saticficing) لصنع السياسات ، وهو غالبًا أكثر وصفًا لإجراء صنع السياسات الفعلى ، من النموذج العقلانى الشامل (Lindblom 1959; Simon 1982) .

يكون الهدف فى نموذج الإرضاء موجه أكثر نحو تخفيف القصور فى السياسة الحالية بإيجاد أفضل سبيل ممكن لأداء العمل . فى حين ينشر النموذج العقلانى الشامل أفضل بديل ممكن من سبل أداء العمل بين بدائل متعددة ، يختار نموذج الإرضاء أول بديل يعتبر مقبولاً . تنفذ تحليلات الأسئلة المختلفة بأسلوب تكرارى (Iter-ative) عوضاً عن الأسلوب التتابعى (Sequential) ، ويعيد صانعو السياسة باستمرار صياغة المشكلات والحلول المحتملة لها . ويكون دور تحليل السياسات محدوداً أكثر منه فى النموذج العقلانى الشامل . ويكون التأكيد على تزويد التغذية المرتدة ، فيما تتجه السياسة تدريجياً نحو الحل المثالى . يقترح نموذج المسح الممتزج (Etzioni 1967) أن تكون القرارات الإستراتيجية (طويلة المدى) التى تحدد الاتجاهات الأساسية للسياسات ، من منطلق التحليل العقلانى الشامل ، ولكن يجب أن تكون الخيارات التشغيلية (قصيرة المدى) ، التى تتعلق بتنفيذ الإستراتيجيات العامة ، من منطلق *التحليل الإرضائى (أو التزايدى)* .

الجدول (١-٨) : مراحل صنع السياسات : المعلومات المتعلقة ونوع البحوث .

مرحلة صنع السياسات	المعلومات ذات الصلة	نوع البحوث
١- تحديد المشكلة	مدى وخطورة وأسباب وأهمية المشكلة .	التحليل المفاهيمى والدراسات الوصفية للمشكلات وأسبابها .
٢- تعريف البدائل	التنبؤات بنتائج البدائل .	التصور المفاهيمى والتجريبى لنتائج البدائل .
٣- تقييم البدائل	التقييمات المعيارية قبل اتخاذ الإجراءات .	التطبيقات المفاهيمية لأطر التقييم المعيارى للبدائل .
٤- وصف النتائج	عملية وآثار السياسات والبرامج .	دراسات وصفية لآثار البرامج والسياسات .
٥- تقييم النتائج	التقييمات المعيارية بعد اتخاذ الإجراء .	دراسات معيارية لآثار البرامج والسياسات .

هذه النماذج الثلاثة ، العقلاني الشامل (Rational - Comprehensive) ، والإرضائي (Satisficing) ، والمسح الممتزج (Mixed-Scanning) ، جميعها أشكال مختلفة من الأسلوب العقلاني لصنع السياسات ، إلا أنها تأخذ بالاعتبار ، طبيعة هذه الإجراءات السياسية .

على نقيض هذه النماذج العقلانية الثلاثة لتحليل السياسات ، يركز النموذج السياسي (Political Model) على البيئة السياسية ، بتعددية أهدافها وقيمها واهتماماتها التي تؤثر في السياسات الصحية (Stone 1988) . ويثير هذا النموذج الريبة ، في افتراض ، أن صانعي السياسات مدفوعون لمجرد توفير الحلول العقلانية للمشكلات الاجتماعية ، وأن المؤسسات أنشئت لتيسير التحليل الموضوعي للمشكلات والبدائل (Jones 1976) ، ويصف هذا النموذج عملية صنع السياسات من منطلق حل النزاعات والعمل على تعزيز الإجماع وإحلال الوفاق ، وتعكس المشكلات والحلول ، المتطرق إليها في عملية صنع السياسات ، الأهداف الفردية لمجموعات نفوذية (Interest groups) متعارضة ، عوضاً عن نتاج التحليل الموضوعي .

تعتمد نتائج عملية صنع السياسات على قدرة المجموعات التي تمسها هذه النتائج على تنظيم العمل السياسي والمشاركة فيه ، أكثر من اعتمادها على الدرجة التي تحقق فيها سياسة ماهدف أداء معين .

يستخدم التمثيل الرمزي لسلة النفايات لتصوير أسلوب النموذج السياسي غير الموضوعي وغير المنظومي لصنع القرارات (March and Olsen 1976) ، إذ يعتمد مزيج النفايات في السلة على نوع النفايات المنتج في تلك اللحظة وعلى عدد سلات النفاية المتاحة وعلى السرعة التي يتم بها جمع وإزالة النفايات في الموقع ، ويوحي هذا التمثيل بالدور الثانوي الذي يلعبه تحليل السياسات الموجه أساساً للتنبؤ بالنزاعات المحتملة بين أصحاب النفوذ المشاركين في عملية صنع القرار .

رغم محدوديات النموذج العقلاني وأشكاله المختلفة كتوصيف لعملية صنع السياسات إلا أنه يوضح أنواع البحوث ، والمعلومات المتصلة بها المتطلبة لصنع القرار العقلاني . لذلك يتخذ هنا كأساس لتوضيح دور بحوث الخدمات الصحية في تحليل السياسات ، مع اعتبار القيود التالية :

لاتدل المراحل المفصلة فى النموذج العقلانى ببساطة على إستراتيجية لتنفيذ التحليل المتصل بمرحلة ما ، وإنجاز تلك المرحلة والانتقال إلى المرحلة التالية وهكذا دواليك ، إذ لايكون ذلك ملائماً لعدة أسباب .

كما ناقشنا سابقًا ، تؤدى محدودية المعلومات ومدى تسيس البيئة إلى عملية تكون تكرارية أكثر منها تتابعية ، وأخذ تضمين كل مرحلة بالاعتبار مسبقًا قبل تنفيذها فعلاً . فعلى سبيل المثال ، أخذ مشكلات التنفيذ المحتملة بالاعتبار (المرحلة الرابعة) عند إجراء التقييم الأولى للبدائل (المرحلة الثالثة) (Nogwood and Gunn 1984) . ففى الحالات التى قد يكون بها التحليل أو الخيارات المقترحة لمرحلة ما غير ممكنة بسبب قرارات سابقة فإنه يتضح أن مثل هذا التحليل يكون لاقيمة له . كما يجب اعتبار حدود المعلومات وطبيعة العمل السياسية فى بيئة معينة فى تحديد نوع التحليل الملائم لسؤال ما . يناقش فيماتبقى فى هذا الفصل أنواع التحليل المقترحة لكل مرحلة فى النموذج العقلانى . ولايجب النظر للتحليلات على أنها بديل لتمييز وتبصير وإبداع صانع السياسة ، إلا أنه يُقترح أن تحليلاً أكثر منظومية فى المراحل المختلفة من عملية صنع السياسات سوف تعزز صنع القرار العقلانى لصانع السياسات .

صنع السياسات وتحليلها (Policymaking and policy analysis) يجب أن يختار صُنَّاع السياسات من بين تشكيلة من أطر البحوث ومنهجياتها فى معالجته للأسئلة السياسية . تعتمد ملاءمة أسلوب ما على نوع الأسئلة المطروحة والتى بدورها تعتمد على المرحلة من عملية صنع السياسة ، ويصف هذا الجزء أهداف وأنواع التحليل الملائمة لكل مرحلة . يدرج الجدول إلى أنواع قرارات السياسة المرتبطة مع المراحل الخمس للنموذج العقلانى ، والمعلومات المطلوبة لإعلام صانع السياسة فى كل مرحلة وأنواع البحوث والتحليلات المختلفة ذات الصلة .

تعريف المشكلات :

هدف **المرحلة الأولى العام** ، تعريف المشكلة ، هو تحديد قصور فى النظام الحالى لتحقيق هدف معين للأداء . وفى هذه المرحلة هناك ثلاثة أنواع من المعلومات ذات

العلاقة وهى الحجج المعيارية التى تُقَيِّم أهمية الأهداف المختلفة للسياسة (الفعالية والكفاءة والإنصاف) ، والمعلومات الوصفية التى تربط الأوضاع السائدة للسياسات بمزيج مثالى من الأهداف أو إلى مستوى أعلى من كل منها ؛ والتحليلات المفاهيمية والتجريبية التى تفسر أسباب الأوضاع الراهنة وتقترح حلول ممكنة لها . فالمهمة الأولى هى توضيح المعايير المستخدمة لتقدير أن مرحلة ما هى ذات مشكلات . وتستدعى هذه المهمة حقيقة ، أن المشكلات لاتقع إلا عندما يكون هناك تعارض بين مايجب أن يكون ومايكون فعلاً . وتقع صعوبة هذه المهمة لأنه عادة ما يكون هناك قلق عام نحو حالة ما ، ولكن لايكون هناك اتفاق على معيار دقيق يستخدم فى تعريف هذه الحالة كمشكلة .

لتوضيح معايير السياسة ، بالإمكان إجراء المسوحات السكانية أو بالإمكان مراجعة التقارير من التحقيقات العامة أو تقارير مجموعات التركيز ، التى تحدد الرؤية المشتركة للأهداف والهموم ، كما بالإمكان أيضاً سؤال هيئة صنع السياسات صاحبة الشأن ، أو الاعتماد على أحد أنواع التحليل المراقبى (Observational) للقرارات والقوانين والأدلة السابقة ، أو أى مواد مكتوبة أخرى للاستدلال على طبيعة المعايير (Nagel 1988) ، وأحياناً بإمكان هيئات المستشارين الخبراء أن توفر المعيار مثلما يوفر إجراء أدلة الممارسة السريرية الذى تنشره وكالة سياسات وبحوث الرعاية الصحية (Agency for Health Care Policy and Research) والذى سبق وصفه فى الفصل الثالث معياراً لتغيير المشكلات فى سياسة تغطية مديكير . كما يوجد أيضاً حالات نادرة حدد بها مسؤول حكومى بالحرف الواحد معياراً «لما ينبغى أن يكون» مثل معيار هيل – بيرتون (Hill-Burton) لنسبة أسرة المستشفيات للسكان .

المهمة الثانية : هى وصف ـ غالبًا مايكون مبدئيًا ـ مجموعة من المدركات الحسية الغامضة والمتضاربة لوضع غير مرغوب فيه ، بعبارات أكثر دقة وموضوعية ومنظومية . ويكون الهدف هنا هو تحديد حجم ومدى المشكلة من حيث عدد الأشخاص أو المؤسسات التى تمسهم هذه المشكلة ، فعلى سبيل المثال عند مجابهة القلق نحو تكلفة خدمات الرعاية الطبية المرتفعة ، قد يسعى المحلل إلى تحديد مصادر البيانات التى تبين كيف ترتفع التكلفة وكيف يرتبط ارتفاع تكلفة الخدمات الطبية إلى المؤشرات

الاقتصادية الأخرى مثل : المرتبات أو تضخم الأسعار وكيف يوزع أعباء التكلفة بين دافعي الطرف الثالث (3rd Party Payers) والمرضى .

أما **المهمة الثالثة** : فهي تحديد المشكلة ضمن إطار مفاهيمي وتصنيفها وتفسير العلاقات بين أبعادها المختلفة ، وتكون النماذج النظرية والتجريبية أو الأطر المرجعية ضرورية لتصنيف المشكلة . فعلى سبيل المثال قد يختلف الناس حول نوع المشكلة المتمثلة فى تكلفة الرعاية الصحية ، سريعة الارتفاع ، وتوزيع الأطباء غير المتوازن وأسرة المستشفيات الفائضة . ومن أنواع البحوث التى يحتمل استخدامها لتحديد وتصنيف المشكلة ، الدراسات على تأثيرات تغطية التأمين الصحى على استخدام وتكلفة المستشفيات والبحوث عن العوامل المؤثرة على خيارات الأطباء لمواقع ممارستهم والتحقيقات عن محددات إنفاقات المستشفى . ويؤدى إتمام مهام المرحلة الأولى ، الثلاث هذه إلى حلول مقترحة من خلال إدراك أبعاد المشكلة ومسبباتها المحتملة .

تعيين البدائل :

يسعى المحلل فى **المرحلة الثانية** لاختيار بدائل للسياسات التى يحتمل أن تصحح أو توازن أو تحايد مسببات المشكلة . وتكون تنبؤات نتائج بديل ما ، هى المعلومات ذات الصلة لتحليل المرحلة الثانية . قد تساعد النماذج الإحصائية والأساليب التصويرية (Simulations) المحلل فى إنتاج تنبؤات كمية ، لنتائج السياسة ، فعلى سبيل المثال قارنت هيئة مراجعات مدفوعات الأطباء (Physician Payment Review Commision) تنبؤات الخط القاعدى (base line) لمدفوعات الأطباء تحت جدول رسوم مديكير (RBRVS) (قبل تطبيقه مثلاً) مع مدفوعات أسلوب المألوف والسائد والمعقول (colby 1992 ، وقد يكون الاعتماد على الاستنتاج النظرى (الاستقرائى أو الاستدلالى) أكثر شيوعًا لإحداث تقديرات للنتائج المتوقعة وهو أسلوب وضح فى الفصل الرابع خلال الحوار عما إذا كانت حوافز السوق هى أفضل من الضوابط الحكومية لإنتاج تحصيص كفء للموارد النادرة . تستخدم النظرية الاقتصادية غالبًا لاقتراح أن حوافز السوق ستؤدى إلى الكفاءة التحصيصية وترتكز مثل هذه التنبؤات على الاستنتاج الاستدلالى فى افتراضات عن الاستجابات السلوكية لمقدمى الخدمة والمستهلكين ، لحالات معينة من السوق .

تقويم البدائل :

تقوم النتائج المتنبأ بها لبدائل السياسة من منطلق الأهداف المحددة للسياسة أو أهداف **المرحلة الثالثة** . والمهام التحليلية هى : تحديد مزيج الأهداف الذى سوف يستخدم لتقويم البدائل المختلفة وتحويلها إلى معايير (كمية ونوعية) تصور الأبعاد المهمة لكل هدف وتحدد تأثير البدائل من واقع هذه المعايير (Weiner and Vining 1989) ، فمثلاً لتقويم مقترحات بديلة لخدمات مواصلات الطوارئ قد يعين المحلل متوسط التأخير فى فترة ذروة الازدحام للعربات ، على أنه المعيار المرتبط بهدف تحسين إمكانية الوصول إلى المراكز الإسعافية فى المدينة ، وقد تكون التغييرات فى تكلفة خدمات سيارات الإسعاف الخاص معياراً آخر مشتقًا من هدف الكفاءة الاقتصادية . ومن ثم يجب على المحلل أن يطبق هذه المعايير على بدائل السياسة ويوضح سلبيات وإيجابيات الأهداف المقترحة فى كل من البدائل ، والمقايضة بين هذه السلبيات والإيجابيات .

تظهر صعوبة عملية عندما يضم المحلل أهدافًا متعددة ليطور تقدير كلى للبدائل . إذ يتوفر أنواع من نماذج القرار أو أطر الخيار الأمثل لمساعدة المحلل فى هذه المشكلة وتشمل أدق هذه الأنواع ، تحليل منفعة التكلفة (Cost benefit) ، وتحليل المنفعة متعددة الصفات (multiattribute utility analysis) ، وتحليل المستهلك (Threshhold) وتحليل المزيج الأمثل (Optimum Mix) وتحليل الأهداف المتعددة (Mckenna 1980، Nagel 1988، Stokey and Zeckhauser 1978) (Multigoal) ، إلا أنه مما يؤسف له أن تطبيق هذه النماذج يتطلب بيانات كمية ومستوى من الدقة نادراً مايتوفر لمحللى السياسة .

وصف النتائج :

هدف **المرحلة الرابعة** التحليلى هو هدف ثنائى : تحديد الدرجة التى طبق فيها برنامج سياسة كما هو مقصود ، وقياس كل من التأثيرات غير المتوقعة . وتسأل عملية مراقبة (Monitoring) التطبيق إذا ماأتيحت معايير معينة ، أو إذا كانت السياسة

أو البرنامج بعكس الاستخدام الملائم للموارد . وتشمل المعايير المحددة المستخدمة كثيراً فى عملية المراقبة (Monitoring) معايير المدخلات . (القوى العاملة والمرافق والمعدات والإمدادات) ، ومعايير الإجراءات والعمليات (الإدارية والتنظيمية والسريرية والسلوكية والسياسية والمواقفية) ، ومعايير المخرجات (السلع والخدمات الموفرة) ، ومعايير التأثيرات (الوضع الصحى للمجموعة المستهدفة) . وفى قياس التأثيرات يسعى إلى تحديد ما إذا كانت السياسة قد أحدثت أى تغيير فى سلوكيات أو مواقف أو المستوى الصحى للأفراد والمجموعات والمنظمات أو المجتمعات المستهدفة . وتتراوح أساليب تحديد التأثيرات فى محاسبة النظم الاجتماعية التى يراقب بها المحلل إجمالى التغييرات فى المؤشرات الصحية أو مؤشرات الوضع الاجتماعى الأخرى (مثل : معدلات وفيات الأطفال الرضع) على مر الزمن ، ويسعى إلى ربط التغييرات ربطاً منطقياً بالسياسة عامة – للتقييمات التجريبية وشبه التجريبية لبرامج محددة – (مثل : التدخلات فى الوصول إلى رعاية ماقبل الولادة) التى صممت خصيصاً لتفصل تأثيرات البرامج عن العوامل الأخرى (إجمالى نزعات الانخفاض فى وفيات الأطفال) . (Shortell and Richardson 1978)

تقويم النتائج :

فى **المرحلة الخامسة** من صنع السياسات ، تقويم النتائج ، قد يستخدم صانعو السياسات معلومات الأداء فى تقرير ، إما الاستمرار فى السياسات الحالية أو تعديلها أو إنهائها أو لإعادة تحديد المشكلة . ولتقييم الأداء تحليلياً ، تقيم نتائج سياسة ما معيارياً على ضوء الأهداف والمعايير المعينة . وقائمة الوسائل التحليلية والموصوفة فى المرحلة الثالثة من عملية السياسات (تقييم البدائل) تتصل أيضاً بالمرحلة الخامسة ، إلا أنه يكون التركيز فى المرحلة الخامسة على تقييم النتائج الفعلية عوضاً عن النتائج المحتملة . ولتقييم الأداء يجب على المحلل أن يحدد أهداف السياسة ويحولها إلى معايير يمكن استخدامها فى التقييم ، ثم يطبقها على نتائج برامج السياسة . وكما أشير إليه سابقاً فإن تعريف المعايير واستخدامها فى تحليل السياسات مكتنف بالصعوبات . وقد لايستطيع صانعو السياسات اختيار الأهداف الملائمة فى بيئة

معينة ، وتقريباً لايختارون أبداً التبادل الملائم بين سلبيات وإيجابيات زوجين من هذه الأهداف ، وقد يكون لديهم أهداف ضمنية (جدول أعمال ضمنى) لايرغبون الإفصاح عنها . وقد عرضت أساليب بديلة لحل مثل هذا التعارض سابقًا فى الجزء المعنى بنماذج القرار .

دور بحوث الخدمات الصحية فى تحليل السياسات :

كما نوقش فى الفصول السابقة ، تسعى بحوث الخدمات الصحية إلى توضيح أهداف نظام الرعاية الصحية من حيث الإنصاف وفعالية وكفاءة تقديم الخدمات ، وقد طورت المعايير والمنهجيات ومصادر البيانات لتقييم الدرجة التى حققت فيها أهداف الأداء فى هذه المجالات ، وكذلك لتحديد أى البدائل قد تساعد فى تحسين أداء النظام . يربط النقاش التالى هذه البحوث بتحليل السياسات بوصف فائدة بحوث الخدمات الصحية فى تحديد مشكلات السياسة وتعريف وتقييم البدائل ووصف وتقييم نتائج قرارات السياسة .

تحديد المشكلات :

كما سبق ذكره ، يجب توضيح الأهداف كأساس لتحديد المشكلات التى تتطلب التدخل الحكومى . هناك مهمتان أساسيتان مختلفتان . **الأولى** : هى تحديد ماذا يجب أن تكون الأهداف . وهذا سؤال ذاتى غير موضوعى يخضع لرؤى مختلفة لطبيعة الرعاية الطبية ودور نظام الرعاية الصحية . وتقترح **المهمة الثانية** مقاييس وأساليب لتوضيح الأهداف وربطها بخيارات السياسة عن وجود مشكلات واختيار الحلول . ونعنى بالمهمة الثانية المفاهيم والمنهجيات المستخدمة فى بحوث الخدمات الصحية فى توضيح وتفعيل معايير الفعالية والكفاءة والإنصاف لكى تستخدم فى تحليل السياسات .

الفعالية :

كما أشير إليه فى الفصل الثانى ، تقترح أدبيات بحوث الخدمات الصحية طريقتين ممكنتين لتحديد هدف الفعالية فى تحليل السياسات ، إحداها تركز بشكل عام على

المنافع العائدة إلى السكان ، وتركز الأخرى بشكل أكثر تحديداً على المنافع العائدة إلى الأفراد من المرضى (الشكل ١-٢) .

تُحدد الفعالية من المنظور السكانى على أنها نسبة السكان الذين يشكون من مشكلة صحية واستفادوا من العلاج . وتقاس بحاصل النسبة المئوية من المشكلات التى أحضرت إلى الرعاية الطبية والنسبة المئوية من العلاج الموصوف ومعدل التزام المرضى بالعلاج وقوة تأثير العلاج المقدم (الجدول ٢-٢) . وبإمكان تحليل السياسة التى تسعى إلى تحسين الفعالية التى تم تحديدها وقياسها بهذه الطريقة ، أن تقارن الرعاية الطبية مع الإستراتيجيات الأخرى المتصلة بالسكان لتحسين نوعية ومدة الحياة . وقد تتغاير المنافع المحققة من خلال تناول الإسكان غير الوافى والتدخين وإدمان المخدرات وبتحسين مهارات العمل ، مع المنافع الناتجة من نظام لتقديم الرعاية الطبية بفعالية أكبر . وفى هذا المنظور تتجلى أهمية التحليلات المباشرة للآثار الصحية الناتجة من سلوك المرضى والأوضاع البيئية إضافة إلى جودة الرعاية الطبية .

ويركز تعريف بديل للفعالية ، بشكل دقيق على المنافع التى نالها المرضى الذين يتلقون الرعاية الطبية تحت ظروف الممارسة الفعلية ، وللتحليلات التى تعتمد هذا التعريف منظور سريرى تقليدى ، وقد يحدد معيار التقييم من منطلق المنافع الفعلية فى الممارسة الطبية بالمقارنة مع الحد الأقصى من المنافع التى يمكن تحقيقها (قوة التأثير) ويكون هذا المقياس ذا أهمية عندما يكون التوكيد على تحسين أداء مقدمى الرعاية الطبية بالمقارنة مع تحسين أداء نظام الرعاية الطبية ككل (انظر الجدول ٢-٣) .

الكفاءة :

بالإمكان العمل على هدف الكفاءة فى الرعاية الطبية بأسلوبين :

١ - تشجيع المزيج المناسب من خدمات الرعاية الطبية لتنظيم الصالح الاجتماعى (الكفاءة التحصصية) ، أو تشجيع المزيج المناسب من المدخلات الطبية وأساليب الإنتاج لتعظيم الإنتاجية (الكفاءة الإنتاجية) . وتشمل معايير التحليل فى كلتا الحالتين معايير الإنتاج والتكلفة المستنتجة من نظرية الاقتصاد الدقيق (Micro Economics) ، والقياسات المستمدة من تطبيق أطر فعالية التكلفة (Cost-Effectivenss) ومنفعة التكلفة (Cost-benefit) .

يبين نموذج الاقتصاد الدقيق (Micro Economic Model) لمقدم الرعاية الطبية العلاقة بين المستويات والمزيج المختلف من المدخلات وأسعار المدخلات والتقنية لتخفيض تكلفة الخدمات إلى الحد الأدنى . وبالإمكان استخدامه فى تحليل السياسات عندما يكون الاهتمام موجهًا نحو إنتاج خدمة محددة أو مزيج محدد من الخدمات . فعلى سبيل المثال يستخدم كل وضع من الرعاية الصحية – مثل : العيادة الطبية والمستشفى ودار المسنين – تركيبة خاصة من القوى العاملة الصحية ، يسندها مدخلاتها لإنتاج الخدمات . ويقترح النموذج الاقتصادى الدقيق معايير يمكن استخدامها لتعين تجريبياً أكثر التركيبات من القوى العاملة كفاءة لتدعم مستوى محدد من الخدمات الطبية .

٢ – ومن الناحية الأخرى يستخدم إطار فعالية التكلفة عندما يكون الاهتمام موجهًا نحو مقارنة الكفاءة النسبية للسياسات أو البرامج التى تسعى إلى تحقيق نفس الهدف من خلال منهجيات إنتاج بديلة .

تحسب نسبة فعالية التكلفة (مثلاً : التكلفة لكل مواجهة طبية أو لكل حالة مرضية تكتشف أو لكل سنة حياة مضبطة بالنوعية) وتقارن بين البدائل . ومن المهم ملاحظة أن الكفاءة الإنتاجية تتطلب أيضًا أن تكون الخدمات فعالة . ويجب أن يسبق تحليل الكفاءة تقييم للفعالية السريرية أو الفعالية على أساس السكان .

يُقيَّم هدف الكفاءة التحصيصية الشامل باستخدام إطار منفعة التكلفة إذ يحسب المحلل ويقارن تكلفة ومنافع السياسة ، أو البرنامج أو الخدمة ليحدد ما إذا كانت تضيف إلى الصالح المجتمعى .

لذا يجب تحديد جميع التكاليف والمنافع المجتمعة وقياسها ماليًا إن أمكن : لكى تتم المقارنات (التكليف مقابل المنافع) بين جميع العمليات الممكنة . وينتج طرح التكاليف من المنافع ، صافى المنافع وهو المعيار الذى يشير إلى ازدياد الصالح المجتمعى . وعندما تفوق التكاليف الإجمالية لسياسة أو برنامج منافعها الإجمالية يشير ذلك إلى اللاكفاءة التحصيصية .

الإنصاف :

كما نوقش فى الفصل السادس ، تُستمد أهداف الإنصاف من المبادئ الأخلاقية للعدالة التوزيعية (Distributive justice) فيما يتعلق بالتوزيع العادل لمنافع وأعباء الرعاية الطبية (الشكل ٦-١) ، فيما يستمر الحوار حول أى المعايير يجب أن يستعمل كالأساس لتحديد الإنصاف فى تقديم الرعاية الطبية ، وبالإمكان استنتاج أهداف ومعايير توزيعية محددة ، تجسد أوجه لعدد من نظريات العدالة التوزيعية البديلة (الجدول ٦-١) . والتى بدورها يمكنها التحول إلى مؤشرات تجريبية للوصول إلى الرعاية ، كما شرح فى الفصل السادس ، لتقييم الدرجة التى تحقق فيها الإنصاف . وتشمل مؤشرات الإنصاف فى الوصول إلى الرعاية مواصفات نظام تقديم الرعاية (متاحية وتوزيع الخدمات) ، ومواصفات السكان (العرق الجنس والتغطية التأمينية ومصدر الرعاية المعتاد) ، واستخدام الخدمات والرضا عن الخدمات المقدمة (الجدول ٦-٢) . وتقيم أهداف الإنصاف فى الوصول إلى الرعاية على مستوى النظام أو المستوى المؤسساتى وكذلك على مستوى المجتمع بتطبيق هذه المؤشرات (الجدول ٦-٣) .

تحديد وتقويم البدائل :

بالإضافة إلى تعريف وتوضيح المشكلات ، تساعد بحوث الخدمات الصحية صانعى السياسات فى تحديد الإستراتيجيات المناسبة لحل المشكلات ، وقد تتخذ النماذج النظرية كالأساس «المنطقى» للمقترحات الجديدة . وفى حالات أخرى تطبق كل من النظريات والدراسات التجريبية لتصوير النجاح المحتمل لإستراتيجية ما .

الفعالية :

يفيد إطار «الهيكل والإجراء والنتائج» الذى طوره دونابيديان (Donabedian 1966) كدليل مفاهيمى لبحوث الفعالية ، فى مهام تحليل السياسة لتعريف وتقييم بدائل السياسة والبرامج المسبق .

وبالإمكان تطبيق هنا الإطار على المستوى السكانى باعتبار الرعاية الطبية كأحد المدخلات التى تساهم فى صحة السكان لتقييم مايمكن عمله لتحسين فعالية الرعاية

الطبية من خلال معالجة متغيرات النظام . كما يمكن استخدامه أيضاً كأساس التحليل على المستوى السريرى لتقييم مايمكن عمله لتحسين الممارسة السريرية .

يقترح الإطار نوع البيانات الضرورية لتحديد الحلول الممكنة لمشكلة تتعلق بالفعالية ، فى حين يقترح الدليل الذى يربط عناصر هذا الإطار بالمخرجات مواقع للتدخل . فعلى سبيل المثال فى توضيح قلق صانع السياسة نحو جودة الرعاية فى دور المسنين ، يقترح إطار «الهيكل والإجراء والنتائج» أن جودة الرعاية فى دور المسنين تتأثر بعوامل هيكلية مثل عدد المواطنين ومستوى تأهيلهم . وتؤثر الجودة ، بدورها على النتائج بما فيها الوفيات والمرضية (Morbidily) ، والوضع العملى (functional status) ، ورضا العملاء . ويبين الإطار عوامل الهيكل والإجراء التى يجب أن تعالجها بدائل السياسات ، التى صممت لتحسين فعالية الرعاية .

الكفاءة :

تفيد البحوث التى تعنى بالكفاءة التحصيصية والإنتاجية ، صانعى السياسات عن أى البدائل تميل إلى توفير الخدمات الفعالة التى يكون توزيعها أقل تكلفة نسبياً . فمثلاً وثقت دراسات تجريبية عديدة أن الأطباء والمستشفيات يستطيعون عامة أن يستخدموا مدخلات غير الأطباء (nonphysician) بكفاءة أكبر (Reinhardt 1975; Smith, Miller and Gollady 1972) ، وأن استخدام مرضى منظمات الحفاظ على الصحة (HMO) للمستشفيات أقل بكثير من مرضى الرسوم مقابل الخدمة (FFS) وبدون أى انخفاض مطابق فى فعالية الرعاية (Luft 1981) ، وأن المشاركة فى التكلفة (Cost Sharing) تؤدى إلى استخدام وتكلفة أقل للرعاية الطبية وبدون انخفاض يذكر فى الحالة الصحية للمريض العادى (Manning et al. 1987) . ويسعى الباحثون إلى توفير معلومات أفضل عن كفاءة تشكيلية من الخدمات الطبية المحددة الموجهة إلى مشكلات طبية عامة والموارد والترتيبات التنظيمية وآليات التمويل المرتبطة بتقديمها .

كما يمكن تعريف وتعميم مشكلات الكفاءة من خلال تحليل أوضاع سوق الرعاية الطبية (انظر الفصل الرابع) . وتبين نظرية الاقتصاد الدقيق (Microeconanics) أوضاع السوق التى تؤدى إلى اللاكفاءة فى الإنتاج أو التحصيص إذا لم يتم تصحيحها . وقد تم بيان وجود العديد من هذه الأوضاع فى سوق الرعاية الطبية .

فعلى سبيل المثال تؤدى النتائج غير المؤكدة والغامضة لبعض أنوا ع الرعاية الطبية ، إلى صعوبة تقرير المرضى لما هو لصالحهم . كما أن المنافع والتكاليف الخارجية لبعض أنوا ع الرعاية الطبية (مثلاً التحصين للوقاية من الأمراض المعدية التى تنفع السكان إضافة إلى الأفراد) قد لاتقدر تقديراً ملائمًا من قبل الأسواق الخاصة مما يؤدى إلى التحصيص اللاكفء . يجعل عدم التكافؤ الناتج عن الفجوة فى المعرفة بين المرضى ومقدمى الخدمة ، المرضى عرضة للرعاية غير الملائمة أو الرعاية التى ماكانوا ليختاروها لو كانوا على علم بالأمور . ويعتبر توثيق وجود مثل هذه الأوضا ع غير المواتية من المنهجيات التى يستخدمها المحللون لتحديد التدخلات الحكومية المصممة لتحسين الكفاءة .

تجدر ملاحظة أن تطبيق نموذج الاقتصاد التنافسى لتعزيز الكفاءة فى الرعاية الصحية يفترض أن تعظيم إشبا ع رغبات المستهلك هو هدف ملائم من أهداف السياسة . وهذا حكم ذاتى غير موضوعى ويجب التصريح به بوضوح عند تطبيق هذا النموذج . والنموذج البديل الذى يعظم الحالة الصحية للسكان (أو موافاة احتياجاتهم الطبية) هو بديل لرضا المستهلك فى تحليل الكفاءة . وقد نوقش كلا النموذجين فى الفصل الثانى والرابع . إلا أن معايير تحديد الكفاءة التحصيصية فى النموذ ج المبنى على الاحتيا ج (Needs-based) لم يتم تطويرها بالمستوى الذى طورت فيه معايير نموذج الاقتصاد التنافسى .

الإنصاف :

تشير التحليلات التجريبية للأهمية النسبية لعوامل متنوعة ، يفترض أنها تؤثر على ما إذا كان الناس يتلقون الرعاية أو لايتلقونها ، ومدى رضاهم ، إلى نقاط ممكنة لتدخل السياسة لتعزيز الإنصاف فى الوصول إلى الرعاية . وبالإمكان استخدام مؤشرات الوصول التى نوقشت مسبقًا ، لتحديد حلول محتملة لإحدى مشكلات الإنصاف من خلال فحص ارتباط هذه المؤشرات مع مقاييس الوصول الفعلية – الاستخدام والرضا – تصبح بعدئذ تلك العوامل التى تؤثر مباشرة فى الوصول إلى الخدمات الضرورية (مثل : التغطية التأمينية أو المصدر المعتاد للرعاية الطبية) نقطة التركيز لتصميم وتطبيق البرامج والخدمات لتعزيز الوصول إلى الرعاية .

تفترض بحوث الوصول إلى الخدمة ، مثل تحليل الكفاءة ، أن الخدمات فعالة ، أى أن التمكن من الوصول إلى الرعاية قد يؤدى إلى تحسين صحة الناس . تجسد مؤشرات الوصول إلى الرعاية التى تشمل المعايير المتعلقة بالحالات التى تستطيع الرعاية الطبية تحسينها (الأحداث الوقائية ، والتنويم الذى يمكن تفاديه ، أو الحالات الحساسة للرعاية الإسعافية) معايير كل من الإنصاف والكفاءة (Weissman, Gatsonis and Epstein 1992) .

وصف وتقويم النتائج :

الفعالية :

توفر بحوث الفعالية الإطار المفاهيمى والمنهجيات والدليل التى يستخدمها محللو السياسة لوصف وتقييم إستراتيجيات محددة للسياسة ، وبالإمكان إجراء البحوث التى تربط العوامل الهيكلية – كمية وفعالية المدخلات الطبية – بالنتائج الصحية ، لتقدير أثر تدخل محدد على النتائج المرغوبة للسياسة ، وبنفس الطريقة ترشدنا الدراسات عن تأثيرات الإجراءات – كمية ونوعية وملاءمة الخدمات المقدمة – على النتائج الطبية ، فى تقويم نجاح الخيارات لتغيير إجراءات تقديم الرعاية الطبية . يستخدم المحللون هذه المعلومات فى قياس نتائج (معدلات أعلى لنجاة المرضى) لأى من الحلول (مراكز إقليمية لعمليات القلب المفتوح) (open-heart surgery) والتى يمكن ربطها بالأهداف المرغوب فيها للسياسات (تحسين فعالية الخدمات الطبية) .

الكفاءة :

تشكل المفاهيم والتعريفات والمنهجيات التى طورها اقتصاديو الصحة لفحص كفاءة الرعاية الطبية التحصيصية والإنتاجية ، مصادر مهمة لوصف وتقدير نتائج نشاطات السياسة . يوجد العديد من دراسات الكفاءة الإنتاجية ، كما أوجز فى الفصل الخامس ، لتوجه تقييمات تنظيم وإنتاج الخدمات الطبية تجربة راند (RAND) للتأمين الصحى التى نوقشت فى فصول سابقة هى مثال جيد على هذا النوع من البحوث المنفذ بتصميم تجريبى (Experimental design) صارم واسع النطاق . وقد بينت النتائج . تكاليف وتأثيرات إستراتيجيات التأمين البديلة التى تراوحت من تغطية التكلفة الأولية

إلى تغطية الأحداث الطارئة باهظة التكاليف . وقد أجريت التقديرات للإنفاق الزائد الذى حدث تحت تغطية التكلفة الأولية (First dollar coverage) آخذة بالاعتبار القيمة الهامشية المنخفضة للخدمات الطبية الإضافية المستهلكة . كما تمثل دراسات كفاءة العيادات الجماعية مسبقة الدفع (prepaid) مثالاً هاماً . كما تمثل أيضاً دراسات جيدة التنفيذ على فعالية التكلفة (الفصل الخامس) التى توفر معلومات مفيدة عن الكفاءة النسبية للخدمات والتقنيات البديلة .

الإنصاف :

تتصل كل من البحوث التحليلية والبحوث التقييمية بمهمة وصف وتقييم نتائج السياسات الصحية على الوصول إلى الرعاية ، إذ تقترح البحوث التحليلية أسباب مشكلات الوصول التى يحتمل تغييرها بتدخلات خاصة أو حكومية . وتشكل القياسات التجريبية لتأثيرات عوامل محددة (مثل : الدعم الاجتماعى المتاح للأمهات المعرضات للخطورة) الأساس الرئيسى لتقييم نتائج الإنصاف (مثلاً معدلات استخدام رعاية ماقبل الولادة) للخيارات البديلة للسياسة (مثل خدمات تدبير الحالات) . وتفيد البحوث التقييمية (تمت مراجعتها فى الفصل السادس) فى إعلام محللى السياسة بنجاح برامج أو سياسات محددة لتعزيز الوصول إلى الرعاية .

الصعوبات فى ربط بحوث الخدمات الصحية بالسياسات :

بقدر ماتكون النظريات المفاهيمية والدراسات التجريبية من بحوث الفعالية والكفاءة والإنصاف ضعيفة التطوير وقليلة الوضوح ، فإن البحوث تكون محدودة كمصدر للمعرفة ، لتحليل السياسة . راجعت الأجزاء السابقة الإسهامات المتوقعة لبحوث الخدمات الصحية نحو تحليل السياسة فيما يبرز النقاش الذى يلى محدودياتها .

الفعالية :

لايوجد سياسة أو إجماع مهنى على ما إذا كان المنظور السكانى أو المنظور السريرى أكثر ملاءمة لتحديد الفعالية فى تقديم الرعاية الطبية . إذ يهمل المنظور السريرى عوامل هامة تساهم فى صحة السكان . ويتطلب المنظور السكانى أن تتناول السياسة الصحية عوامل خارج نطاق نظام الرعاية الطبية (مثل الإسكان والتوظيف) .

كما أشير إليه فى الفصل الثانى فقد أصبح المنظور السريرى مؤخراً أكثر بروزاً ، مع التأكيد على البحوث التى تقيِّم نتائج ممارسات سريرية محددة . ومن القضايا المتعلقة بالحوار حول هذين المنظورين هى قضية تحديد الصحة . فمن المنظور السكانى تبرز مؤشرات صحة المجتمع ، فيما يكون التأكيد فى المنظور السريرى على الوضع الصحى للفرد وعلى الرضا من الخدمة .

يشكل الافتقار إلى المعايير للممارسة الطبية الفعالة نقطة ضعف فى تطبيق تحليل الفعالية على المستوى السريرى والسكانى . فعند تناول الأسئلة المتصلة بالعلاقة بين الهيكل والنتائج وبين الإجراءات ونتائج الرعاية لايمكن إلا اتخاذ تقديرات تقريبية . وتشير دراسات الاختلافات فى الممارسة إلى وجود مدى واسع جداً من أنماط الممارسة المقبولة . (Chassin, Brook, and Park 1986; Eisenberg and Nicklin 1981; Ross 1984; Schroeder, Kenders, and Cooper 1973; Wennberg and Gittelsohn 1982). إلا أنه على الرغم من الجهود الحديثة التى بذلتها الحكومة الفدرالية للاستثمار فى هذا النوع من البحوث فلا زلنا عاجزين عن تحديد كم من الاختلافات يمكن عزوه إلى تقديم خدمات غير فعالة بدقة تذكر .

الكفاءة :

توفر بحوث الكفاءة معلومات مفيدة ، ولكنها محدودة ، عن التحصيص الأمثل للموارد ووسائل الإنتاج المثلى . لقد بدأنا للتو بتفهم أثر الرعاية الطبية والاستثمارات الأخرى على الصحة والرفاهية للكثير من الخدمات الطبية الهامة . وبدون هذه المعلومات لا يمكن تحديد القيمة الاجتماعية لقرارات تحصيص الموارد بدقة . كما أن الكفاءة النسبية للنماذج التنظيمية المختلفة والمزيج المختلف من الموارد لإنتاج الرعاية الطبية ، غير واضحة رغم البحوث الشاملة فى بعض النواحى . فعلى سبيل المثال مقارنة نماذج رعاية الأطباء من منظمات الحفاظ على الصحة ، وبينة الرسوم مقابل الخدمة ، ومقارنة خدمات التنويم مقابل خدمات العيادات الخارجية ، لتقديم خدمات وإجراءات مختلفة . ومن الصعوبات المفاهيمية عند تطبيق معايير الكفاءة التحصيصية لتقييم بدائل السياسة ، هى أن النتائج التوزيعية للبدائل (البعض يربح والآخر يخسر) لايمكن تقديرها . وبإمكاننا استخدام معايير باريتو المثلى ، (Pareto Optimum) وهى أن

المستفيدين يعوضون المولين ، ولكن قد لايكون ذلك الأمر مقبولاً أخلاقيًا مالم يكن هناك آلية لضمان أن الرابحين يعوضون الخاسرين .

الإنصاف :

يعزز التركيز على بحوث الإنصاف ، لو كان هناك إجماع نظرى وسياسى أكبر على معنى الإنصاف . يقترح الفصل السادس هدفًا متعدد الأبعاد ، ويشمل عناصر النظريات (البديلة للعدالة التوزيعية) . تحوى بعض هذه الأبعاد احتمال التضارب ، كما يصعب تطبيق المعايير فى تحليل السياسة . كما تشترك بحوث الإنصاف مع بحوث الكفاءة والفعالية فى الافتقار إلى الدقة التحليلية . فلم يتم توثيق العلاقات السببية بين مؤشرات الوصول الفعلى والوصول المحتمل إلى الرعاية الطبية ، بانتظام ولا بالكامل . كما أن هناك حاجة للمزيد من البحوث على المؤشرات التى تجسد معايير كل من الفعالية والإنصاف ، أى مؤشرات الوصول إلى تلك الخدمات ، التى تكون فيها الرعاية الطبية مجدية .

يصف هذا الفصل النماذج المتنافسة لعملية السياسة الصحية وتضميناتها لتحليل السياسة . ويقع الاختيار على النموذج العقلانى الشامل كدليل يستخدمه محللو السياسات وباحثو الخدمات الصحية ، لتحديد أنواع البحوث ذات العلاقة بأمثلة محددة للسياسة الصحية . ويعرف هذا النموذج المراحل التتابعية من عملية صنع السياسات ، وكذلك المعلومات وأنواع البحوث المتطلبة لترشيد صنع القرار فى كل مرحلة .

وأفضل ماتقدمه مراحل النموذج العقلانى الشامل ، هو إلقاء الضوء على الجسور التجريبية التى تربط بين بحوث الخدمات الصحية وتحليل السياسات .

ملاحظة :

يركز نقاشنا على صنع السياسات العامة إلا أنه بالإمكان عامة تطبيق المفاهيم والمصطلحات والمنهجيات المقدمة هنا فى القطاع الخاص أيضًا .

المراجع :

- Bobrow, D., and J. dryzek. 1987. Policy Analysis by Design. Pittsburgh: university of Pittsburgh Press.

- Chassin, M., R. Brook, and R. Park. 1986. "Variations in the Use of Medical and Surgical Services by the Medicare Population". New England Journal of Medicine 314: 285-90.

- Colby, D. 1992. "Impact of the Medicare Physician Fee Schedule. "Health Affairs 11 (3): 216-26.

- Dewey, J. 1910. How We Think. New York: D. C. Heath and Company. Donabedian, A. 1966. "Evaluating the Quality of Medical Care". Milbank Memorial Fund Quarterly 44: 166-206.

- Dunn, W. 1981. Public Policy Analysis. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall. Eisenberg, J., and D. Nicklin. 1981. "Use of Diagnostic Services by Physicians in Community Practice". Medical Care 19: 297-309.

- Etzioni, A. 1967. "Mixed Scanning: A "Third' Approach to Decision Making". Public Administration Review 27: 385-92.

- Hogwood, B., and L. Gunn. 1984. Policy Analysis for the Real World. New Yourk: Oxford University Press.

- Jones, C. 1976. "Why Congress Can't Do Policy Analysis (or Words to That Effect)". Policy Analysis 2: 251-64.

- Lindblom, C. 1959. "The Science of Muddling Through". Public Administration Review 19: 79-88.

- Luft, H. 1981. Health Maintenance Organizations: Dimensions of Performance. New York: Wiley Interscience.

- Manning, W., J. Newhouse, N. Duan, E. Keeler, A. Leibowitz, and S. Marquis. 1987. "Health Insurance and the Demand for Medical Care: Evidence from a Randomized Experiment". American Economic Review 77 (3): 251-77.

- March, J., and J. Olsen. 1976. Ambiguity and Choice in Organizations. Oslo, Norway: Universitetsforlaget.

- Mckenna, C. . 1980 Quantitative Methods for Public Decision Making. New York: McGraw-Hill Book Company.

- Nagel, S. 1988. Policy Studies: Integration and Evaluation. Westport, CT: Greenwood Press.

- Reinhardt, U. E. 1975. Physician Productivity and the Demand for Health Manpower. Cambridge, MA: Ballinger Publishing Company.

- Roos, N. 1984. "Hysterectomy: Variation in Rates across Small Areas and across Physicians' Practices". American Journal of Public Health 71: 606-12.

- Schroeder, S., K. Kenders and J. Cooper. 1973. "Use of Lboratory Tests and Pharmaceuticals: Variation among Physicians and Effect of Cost Audit on Subsequent Use". Journal of the American Medical Association 225: 969-73.

- Shortell, S., and W. Richardon. 1978. Health Program Evaluation. St. Louis: C. V. Mosby.

- Simon, H. 1982. Models of Bounded Rationality. Cambridge, Ma: MIT Press. Smith, K., M. Miller, and F. Golladay. 1972. "An Analysis of the Optimal Use of Inputs in the Production of Medical Services". Journal of Human Resources 7: 208-55.

- Stokey, E., and R. Zeckhauser. 1978. A Primer for Policy Analysis. New York: W. W. Norton & Co.

- Stone, D. 1988. Policy Paradox and Political Reason. Glenview, IL: Scott, Foresman and Co.

- Weimer, D., and A. Vining. 1989. Policy Analysis: Concepts and Practice. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.

- Weissman, J., C. Gatsonis, and A. Epstein. 1992. "Rates of Avoidable Hospitalization by Insurances Status in Massachusetts and Maryland". Journal of the American M edical Association 268: 2388-94.

- Wennberg, J., and A. Gittelsohn. 1982. "Variations in Medical Care among Small Areas". Scientific American 246: 120-34.

الفصل التاسع

تطبيق بحوث الخدمات الصحية على تحليل السياسات

يختم هذا الفصل ، الكتاب بمثال توضيحى ، يُطبق فيه بحوث الفعالية والكفاءة والإنصاف على تقييم مستقبلى لبدائل التأمين الصحى الشامل . وتوصف التدابير الأساسية لثلاثة مقترحات مختلفة للتأمين الصحى الشامل ، وتُقيِّم نتائجها المتوقعة ويحاكى هذا التحليل التحليلات التى ظهرت فى أدبيات بحوث الخدمات الصحية فى أوقات أخرى عندما ظهر أن إصلاح الصحة الوطنية أضحى على الأبواب .

اقترح سمرز وسمرز (Somers & Somers 1977. 132) أن تقييم مقترحات التأمين الصحى الشامل (UHI) من طرف ، هدف إلى ضمان الوصول الشامل وطرحوا صيغة الهدف التالى كدليل لتحليلهما : "الوصول الشامل ، كما تقتضى الحاجة ، للخدمات الصحية الشخصية إضافة إلى القوى العاملة والمرافق الكافية ، والحماية ذات الجودة العالية والتكاليف المقننة . وجادلا على أساس مراجعة نقدية لمديكير ومديكيد ، أن برنامجًا وطنيًا واحدًا متماثلاً تموله الضرائب مطلوب لتحقيق الوصول الشامل لخدمات الرعاية الصحية .

استخدم فلدستين (Feldstein 1988) النظرية الاقتصادية الكلاسيكية الحديثة (Neo- Classical) لتحديد المعايير التى يجب استخدامها للحكم على مقترحات التامين الصحى الشامل . واقترح هدفًا إجماليًا وهو تحقيق توزيع مرغوب للخدمات الطبية الضرورية فيما يسمح بأقصى درجة ممكنة من خيار المستهلك . وبتطبيق التحليل الاقتصادى استنتج التدابير المرغوبة التالية للتامين الصحى الشامل .

(١) احتساب أرصدة وحسومات ضريبية تحدد على أساس الدخل لتشجيع تغطية تامينية أوسع نطاقًا .

(٢) إعانات خدمية مباشرة لأصحاب الدخول المتدنية .

(٣) مقتطعات ودفعات مرافقة للأفراد لتحقيق ضبط التكاليف . مع حد أقصى لمسؤولية التكاليف الطبية .

(٤) تدابير مدفوعة لمقدمى الخدمة التى تحملهم مسؤولية تكاليف الرعاية .

(٥) تمويل عام تقدمى يصمم بحيث يؤثر تأثيراً أدنى على أسعار السلع والخدمات أو الطلب على العاملين .

قيم براون (Brown 1988) تنظيم الأسعار الخاصة لعدد من مقترحات التأمين الصحى الشامل (UHI) التى عرضت على الكونجرس مستخدمًا سبعة معايير هى : شمولية التغطية الكافية ، وشمولية المنافع والإنصاف فى التمويل ، الكفاءة فى استخدام الموارد ، التخطيط فى تحصيص الموارد ، آليات للمسؤولية ، والملاءمة السياسية .

طبق براون كل معيار على أنه سلسلة استمرارية (Conteinum) وتقع فى طرف هذه الاستمرارية ، التدابير المرغوبة لخطة التأمين الصحى الشامل ، وعلى الطرف الآخر تقع التدابير غير المرغوبة ، فعلى سبيل المثال شمولية التغطية ، محولة إلى سلسلة استمرارية حيث تقع البرامج التأمينية المجزأة على الطرف غير المرغوب ، وعلى الطرف المرغوب يقع برنامج منفرد شامل ، ثم صنف براون تدابير التغطية التأمينية لمقترحات مختلفة حسب موقعها على كل سلسلة استمرارية ، وبهذا استمد تصنيف إجمالى لمقترحات للتأمين الصحى الشامل بفحص التصنيف على كل من المعايير .

تحدد هذه الأساليب ثلاثة أسس مفاهيمية وتجريبية متضاربة لتقييم بدائل التأمين الصحى الشامل . ركز تحليل سمرز وسمرز على الهدف المعيارى المحدد بالوصول الشامل إلى الرعاية ، وفيما أكد فلستين على الكفاءة الاقتصادية محددة من حيث رضا المستهلك ، وعرف براون عدداً من معايير التقييم المختلفة وطبقها على المكونات الرئيسية لبدائل التأمين الصحى الشامل (مثل : التغطية التأمينية والمنافع والتمويل) . يوسع الأسلوب التحليلى لتقييم مقترحات التأمين الصحى الشامل ، المعروض هنا ، أسلوب براون لتقييم التدابير الرئيسية للمقترحات المتنافسة ، إلى دراسة صريحة لمعايير الفعالية والكفاءة والإنصاف .

يبدأ التحليل بوصف ثمان من السمات الرئيسية لثلاثة مقترحات مختلفة ، وبتعيين مواقع المقترحات على مجموعة من السلاسل الاستمرارية (Continua) تعكس

استخدامها للإستراتيجيات التى تُضئل السوق مقابل تلك التى تعظمه . (انظر الشكل ١-٩) . كما نوقش فى الفصل الرابع ، فإن الإستراتيجيات التى تضئل السوق تميل إلى تأييد التأمين العام الممول بالضرائب وتديره وكالات من الولايات أو وكالات وطنية ، فيما تعتمد الإستراتيجيات التى تعظم السوق على شركات التأمين الخاصة للتعهد بالمنافع ، ويكون تمويلها من خلال الأقساط . وقد اختير هذا التفرع المتضارب (dichotomy) لتوضيح الفروقات الحرجة التى هى محور حوار السياسة على التأمين الصحى الشامل (UHI) . تقارن المقترحات ، بالأخذ بالاعتبار لكل أسلوب ، إذا كانت إستراتيجيته التى تعظم أو تضئل السوق ، هى الأكثر احتمالاً بأن تحقق أهداف الفعالية والكفاءة والإنصاف .

وصف وتقييم المقترحات :

مقترحات التأمين الصحى التى ستراجع هى : برنامج الصحة الوطنى (Program National Health) وهو أسلوب يُضئل السوق مبنى على أساس برنامج منفرد تديره الحكومة (Grumbath et al. 1991; Himmelstein et al 1989) ، وبرنامج خيار المستهلك الصحى (Consumer Choice Health Plan) ، وهو أسلوب يعظم السوق ويعتمد على الحوافز المالية والتنافس المقنن لتشجيع الكفاءة والفعالية والإنصاف (Enthoven and Kronick 1989a; 1989b; 1991) ، ومقترح لجنة بيبر (Pepper Commission Proposal) الذى يوازن بين الأسلوبين الآخرين . ويدعو أرباب العمل إلى تقديم التأمين الصحى ، أو دفع ضريبة على الرواتب لتمويل برنامج تديره الحكومة ويسعى إلى تركيبة من التنظيم الحكومى والتنافس التجارى لضبط التكاليف (Pepper Commission 1990) . مع أن هناك تشكيلة من مقترحات التأمين الصحى الشامل . يُروج لها على المستوى الوطنى وعلى مستوى الولاية . إلا أن هذه المقترحات الثلاثة تشمل التوجهات المختلفة الممثلة فى الحوار . يحدد الشكل (١-٩) مواقع المقترحات على استمراريات (Continua) متعددة الأبعاد . موضحا سماتها التى تُضئل السوق وتلك التى تعظمه . وفيما يلى يتم وصف وتقييم إستراتيجيات كل مُقترح . لتناول التدابير الثمانية الأساسية للتأمين الصحى الشامل (انظر الملحق ٢-٧) . لموجز السمات الرئيسية لكل برنامج .

الشكل (١-٩) : أبعاد تقويم مقترحات التأمين الصحى الشامل .

مقترحات التأمين (CCHP) برنامج الصحة الوطنى	مقترح لجنة بيبر (PCP)	برنامج خيار المستهلك الصحى (NHP)
تضئيل السوق		تعظيم السوق

١- من يحصل على التغطية ؟ الجميع ◄——► المستهدفون
الكفاءة
الإنصاف

٢- كيف تتم تغطيتهم ؟ بالتشريع ◄——► تطوعى
ممول منفرد الإنصاف — الكفاءة برامج تنافسية

٣- ماهو أساس تحديدالتغطية ؟ الاحتياج ◄——► الطلب
الفعالية الإنصاف — الكفاءة

٤- مـاهـو أساس تحديد أساليب الدفع والأسعار ؟ يدار حكوميًا ◄——► يحدده السوق
الإنصاف

٥- مـامدى الدفعات الملازمة التى يتكبدها المستهلك ؟ بدون ◄——► واسعة
الإنصاف — الفعالية الكفـاءة

٦- كيف يمول ؟ الضرائب ◄——► أقساط التأمين الخاص
الإنصاف — الكفاءة

٧- كيف يدار ؟ الحكومة ◄——► التأمين الخاص المتعدد

٨- كيف تضبط التكاليف ؟ حدود على الإنفاق والتقنيـة والتخطيط ◄——► حوافز للمستهلك ومقدم الخدمة
الفعالية الكفـاءة

ملاحظـة :

تظهر الكلمات التالية «الفعالية» و «الكفاءة» و «الإنصاف» على طول استمرارية محددة حسب أى المقترحات يتلقى أعلى تقدير للمعيار الخاص بتلك الاستمرارية . ولاتظهر تلك الكلمات لمعيار ما ، عندما لايتضح له تقدير على تلك الاستمرارية .

١- من يحصل على التغطية ؟

٢- كيف تتم تغطيتهم ؟

الوصف :

نجد على الجهة اليمنى فى الشكل (١-٩) ، النظام الذى يُضلل السوق والذى اقترحه برنامج الصحة الوطنى (NHP) ، وفى هذا البرنامج يسجل الجميع فى خطة تأمينية تديرها الحكومة أو وسطاؤها . وتمنع شركات التأمين من بيع التأمين للخدمات التى يقدمها البرنامج الحكومى . وعلى يسار الشكل (١-٩) يوجد برنامج خيار المستهلك الصحى (CCHP) الذى يعظم السوق والذى يشرع التأمين الذى يموله أرباب العمل ، أو الضرائب على الأعمال التجارية . وتدابير ضرائبية وأنظمة تأمين لتعزيز السوق ، واستمرار برامج مديكيد و مديكير ونظام المستندات (Voucher) ، ويمكن الفقراء من غير المستفيدين من مديكيد ومديكير ، من شراء التأمين الخاص . وفى وسط الشكل يقع مقترح لجنة بيبر (PCP) الذى يشرع التأمين الذى يموله أرباب العمل أو ضريبة للتأمين الصحى على المؤسسات التجارية الكبرى . وحوافز مالية قوية لتغطية موظفى المؤسسات التجارية الصغيرة . وبرنامج تأمين وطنى منفرد لمن هم خارج القوى العاملة . يضمن برنامج الصحة الوطنى (NHP) التغطية للسكان جميعاً . باستبدال تأمين الخدمات الصحية بواسطة أرباب العمل ببرنامج حكومى منفرد . فيما يضمن المقترحان الآخران التغطية فى برنامج وطنى لمجموعات معينة . ويوفر إعانات مالية ، وحوافز ضريبية للآخرين لتشجيع الشراء التطوعى للتأمين الخاص . وفى برنامج لجنة بيبر (PCP) يجب على أرباب العمل الذين يوظف كل منهم أكثر من مئة موظف ، أن يوفر لهم التأمين الصحى أو يضطر إلى دفع ضريبة على رواتب الموظفين . ويتم تشجيع المؤسسات التجارية الصغيرة على تغطية موظفيها باستخدام الحوافز . وإصلاح التأمين للمجموعات الصغيرة . ويغطى غير الموظفين وأصحاب الأعمال الحرة بواسطة برنامج يدار من قبل الحكومة الفدرالية . الذى يحل محل مديكيد .

أما برنامج خيار المستهلك الصحى (CCHP) فهو أكثر تحديدا وأكثر تطوعية إذ تتم تغطية الموظفين بواسطة أرباب العمل أو برامج تدعمها الحكومة . وتتم تغطية غير الموظفين من خلال الدعم الحكومى أو مديكير أو مديكيد . وتعتمد التغطية الفعلية على

الخيارات الفردية بالاستجابة للحوافز الضريبية ، ومدى نظام الوسطاء الحكوميين فى تسويق برامجهم .

التقويم :

الفعالية : تشير بيانات الوفيات من البلاد التى لديها نظام صحى وطنى ، مثل المملكة المتحدة ، أن جميع فئات المجتمع تستفيد من التغطية الشاملة . وتبين هذه البيانات أن استخدام الخدمات الصحية قد ارتفع لجميع الفئات ، وأن جميع أنواع الوفيات قد انخفضت على مر الزمن ، إلا أن التفاوت فى قياسات صحة السكان بين الذين هم فى أدنى فئات المجتمع والذين هم فى أعلى الفئات يبقى كما هو أو يزداد (Hollingsworth 1981) . تحوى هذه النتائج تضمينين ، فمن جهة ، تؤكد أن التغطية الشاملة تساهم نحو هدف تحسين صحة السكان . ومن جهة أخرى تشير إلى أن أسلوبًا أكثر تركيزًا لتغطية الرعاية الطبية ، وهو ذلك الذى يدعم المجموعات ذات الدخول المتدنية ، قد يكون ضروريًا لسد الفجوة بين المستوى الصحى للمجموعات ذات الدخول المنخفضة والمجموعات ذات الدخول المرتفعة .

هناك بعض الغموض فى هذا البحث فيما يتعلق بالمقترحات الثلاثة ، إذ يحتل برنامج الصحة الوطنى ترتيبًا أعلى من المقترحين الآخرين من حيث إمكانية تحسين صحة السكان ككل ، بما أنه يفرض التغطية الشاملة . إلا أن مقترح لجنة بيبر (PCP) وبرنامج خيار المستهلك الصحى (CCHP) قد تكون أكثر احتمالية لسد الفجوة بين الأغنياء والفقراء ، بتبنى الأسلوب الأكثر تركيزًا لدعم تغطية المجموعات ذات الدخول المتدنية أكثر من المجموعات الأخرى .

الكفاءة : التغطية التأمينية هى قضية من قضايا جانب الطلب ، وبالتالى فإن لها نتائج لقضية الكفاءة التحصيصية . فى أغلب الأسواق ، يستطيع المستهلكون أن يختاروا بحرية شراء منتج ما ، حسب مايشعرون أنه فى مصلحتهم . وعندما تكون السوق تنافسية ، ولايوجد خارجانيات (Externalities) (تأثيرات سلبية أو إيجابية على طرف ثالث) ، تميل حرية الخيار هذه إلى إنتاج الكفاءة التحصيصية . إلا أنه مع طبيعة الصحة والرعاية الصحية ، وكيف يشعر الناس نحو وصول الآخرين إلى الرعاية

وقت الحاجة إليها ، فإن فرضية عدم وجود الخارجانيات تصبح لاغية . هذا ويفرض الأشخاص الذين لايقدرون أو يرفضون أن يشتروا التأمين الصحى ، تكاليف على أفراد المجتمع الآخرين . إذ قد يؤجلون الرعاية حتى يصل المرض إلى مرحلة يكون علاجه فيها أكثر تكلفة ، وقد يعتمدون على المصادر العامة للرعاية الصحية بسبب افتقارهم إلى التأمين الصحى أو السبل الأخرى للدفع للرعاية الصحية (Pauly et al 1992) . هكذا يكون بالإمكان تعزيز الكفاءة التحصيصية ، بتشريع التغطية التامينية أو تقديمها حكومياً ، للخدمات التى تثبت فعاليتها . إلا أن التسعير الذى يتم خلال القطاع العام تحت نظام ممول منفرد ، ومدار حكومياً قد لايؤدى إلى كفاءة إجمالية أعظم .

يسعى كل مُقترح إلى تحقيق التغطية الشاملة للرعاية الصحية ، إلا أن برنامج الصحة الوطنى (NHP) هو الوحيد الذى يشرع التغطية للسكان قانونياً ، ويستخدم مقترح لجنة بيبر (PCP) وبرنامج خيار المستهلك الصحى تشريعات لأرباب العمل وحوافز ضريبية للموظفين وإعانات حكومية كبيرة لذوى الدخول المتدنية ، وغير الموظفين لتشجيع الانخراط فى برامج التامين المؤهلة .

الإنصاف : حسب معيار «عدالة فرصة الوصول إلى الرعاية» تعتبر المقترحات التى تغطى الجميع بنمط متشابه ، أكثرها عدالة لأنها تضئل التفاوت فى أنواع ومدى التغطية ، والفروقات الناتجة عن ذلك . التى وثق وجودها كثيرا وخاصة بين المغطين بالتأمين العام ، وأولئك المغطين بالتامين الخاص .

إضافة إلى ذلك فإن نشر طرق التغطية الأكثر شمولية يقلل نزعة سوق التأمين الخاص المتزايدة فى استثناء ، أو الحد من تغطية الأشخاص . أصحاب المخاطر المرتفعة ، الذين هم أكثر احتمالية باحتياج التامين .

يحتل برنامج الصحة الوطنى (NHP) المركز الأول على معيار «المعاملة المتشابهة» لأن هذا المقترح يعامل الجميع بالتساوى من حيث التغطية التأمينية . ويحتل برنامج خيار المستهلك الصحى (CCHP) المركز الأخير على هذا المعيار .

يوفر مُقترح برنامج الصحة الوطنى تغطية متشابهة وشاملة . تسجل الجميع فى برنامج تأمين وطنى منفرد . فيما يستمر مقترح برنامج لجنة بيبر (PCP) ومقترح

برنامج خيار المستهلك الصحى (CCHP) على تشجيع ازدواجية النظامين العام والخاص لتغطية الرعاية . ومع ذلك تُوفر كل هذه المقترحات معياراً أساسياً أدنى من التغطية .

٣- ماهو أساس تحديد التغطية التأمينية ؟

الوصف :

إن استقلالية المستهلك ، كما اتضح فى قرارات السوق ، هى الإستراتيجية التى تعظم السوق ، وهى المستخدمة لتحديد تغطية الخدمات الصحية تحت برنامج «خيار المستهلك الصحى» (CCHP) ، ويحدد مقدار إعانات أرباب العمل على أساس تكلفة مجموعة خدمات أساسية تفى بالحد الأدنى من الاحتياج ، شبيهة بتلك المشتملة فى قانون منظمات الحفاظ على الصحة (HMO Act) وهى الرعاية الحادة (Acute Care) ، وعلاج إدمان الكحول والمخدرات والرعاية المنزلية (Home Care) ، وخدمات وقائية محددة ، وخدمات معينة من خدمات الصحة العقلية . ويسمح للأفراد باختيار برنامج التغطية الأدنى أو برنامج آخر أكثر تكلفة ليفى باحتياجاتهم .

تعتمد الرؤية المنافسة على معايير الاحتياج التى أقرها المختصون والمجتمع لتحديد مجموعة من الخدمات الصحية للجميع . وينعكس هذا الأسلوب فى برنامج الصحة الوطنى (NHP) حيث يحدد الخبراء جميع الخدمات «الضرورية طبياً» التى يجب أن تتم تغطيتها وتشمل : الرعاية الحادة (Acute care) ، وخدمات إعادة التأهيل (Re-hablitation) ، والأدوية الموصوفة طبيًا ، والرعاية طويلة المدى والرعاية المنزلية وخدمات الصحة العقلية ورعاية الأسنان وخدمات الصحة المهنية والإمدادات الطبية (Medical Supplies) ، والإجراءات الوقائية وإجراءات الصحة العامة .

تحت برنامج لجنة بيبر (PCP) يجب أن تفى برامج التأمين التى يقدمها أرباب العمل ، والبرنامج الوطنى «بمتطلبات المنافع الدنيا» التى عُرِّفت على أنها شبيهة بالتغطية التى يقدمها أرباب العمل حاليًا ، إلا أنها أقل سخاءً منها ، ويتوفر برامج أكثر تكلفة أيضاً .

التقويم :

الفعالية : بإدراك أن البحوث التى تبين أن الرعاية الطبية تساهم مساهمة متواضعة نحو صحة السكان ، يشير المنظور السكانى عن الفعالية أن المجتمع يحد من استخدام الموارد للرعاية الطبية ويزيد مستوى الاستثمار فى الخدمات الأخرى المعززة للصحة .

وقد تشمل السياسات المبنية على هذا المنظور التوسع فى دعم مايلى : حماية الصحة (مثل : ضبط المواد السامة والسلامة المهنية وإضافة الفلورايد لمصادر مياه المجتمع وضبط الأمراض المعدية) ، وتعزيز الصحة (مثل : التوقف عن التدخين وتخفيض استخدام الكحول والمخدرات وتحسين التغذية وممارسة الرياضة واللياقة البدنية) ، والاستثمارات فى البحوث والتثقيف عن العوامل البيئية ، وعوامل أسلوب الحياة المرتبطة بالصحة ، والاستثمارات فى الخدمات الصحية الوقائية (مثل : تنظيم الأسرة ورعاية ماقبل الولادة ورعاية الطفولة ، والتحصين وخدمات الأمراض التناسلية) .

فيما تتناول مقترحات التأمين الصحى الشامل (UHI) بعض النتائج المحددة للبحوث المتعلقة بفعالية الرعاية الطبية ، إلا أنها تقدم القليل فيما يتعلق بالحد من حجم النظام الكلى ، والاستثمار فى النشاطات الوقائية (Preventive) ، والحمائية (Protective) ، والتعزيزية (Promotive) .

يملى منظور الفعالية السريرية أن يغطى التأمين الصحى تلك الخدمات التى ثبتت فعاليتها فى تخفيض المرضية (Morbidity) والوفيات فى السكان . مع ضرورة إجراء المزيد من البحوث ، إلا أنه بالإمكان تطوير أدلة ملاءمة الرعاية لحوالى مئتين من الإجراءات الطبية التى تشكل جل الممارسة الطبية (Brook 1991) . من الناحية المثالية ، يجب أن تقدم الولايات المتحدة برنامجًا تأمينيًا يغطى الرعاية «الضرورية» للجميع . ويقصر برنامج خيار المستهلك الصحى (CCHP) ، وبرنامج لجنة بيبر (PCP) عن هذا المعيار ، وذلك بتحديد التغطية الأساسية من واقع البرامج الموجودة حاليًا ، ويعتمد الأول على البرامج التجارية العادية ، ويعتمد الثانى على برامج منظمات الحفاظ على الصحة (HMO) . يكون برنامج الصحة الوطنى (NHP) أكثر البرامج احتمالية أن يوجه

النظام نحو تمويل تقديم الرعاية الملائمة ، بما أن تدابير التغطية تكون على أساس إثبات الملاءمة ، ويُقترح آليات رسمية (مجالس المراجعة الطبية (Medical Review Boards) لضمان توافق أنماط الممارسة مع معايير الملاءمة المتفق عليها . إضافة إلى ذلك فقد ثبت نجاح أساليب ضبط التكاليف وجداول الرسوم والميزانيات الشاملة ، التى يقترحها برنامج الصحة الوطنى (NHP) فى البلاد الأخرى . وهكذا فإن هذا المقترح قد يكون أكثر نجاحًا فى احتواء التكاليف وتوفير الرأسمال للاستثمارات فى برامج هيكلية وسلوكية أخرى ، التى قد يكون لها التأثير الأكبر على الصحة .

الكفاءة : يعتمد خيار التغطية على توجه القيمة (Value Orientation) ، إذ يختلف الناس عامة فى تفضيلاتهم للمجازفة والتغطية التأمينية . فكما أشير إليه سابقًا ، فإن هذه التفضيلات قد تؤدى إلى قرارات تفرض بعض التكاليف على الآخرين . كنتيجة لذلك ، فبالنسبة للخدمات التى تفى بالاحتياجات الأساسية ، فإنها يجب أن تُضئل دور تفضيلات المستهلك . إلا أنه بالنسبة للخدمات التى تفوق أدنى حد أساسى ، فيجب أخذ تفضيلات المستهلك بالاعتبار من أجل تحقيق الكفاءة التخصيصية . يُعنى أسلوب الرعاية الذى يضئل السوق على أساس مفهوم الاحتياج كما حدده أخصائيو الصحة . والهدف هو إشباع أعظم احتياج ممكن مع الموارد المتاحة . وبرنامج الصحة الوطنى (NHP) هو أسلوب مبنى على الاحتياج ، من أساليب التغطية الشاملة ، فى حين يوازن برنامج لجنة بيبر (PCP) وبرنامج خيار المستهلك الصحى (CCHP) بين الاحتياج والطلب فى تحديد نوع ودرجة التغطية التأمينية ، ويوفر برنامج خيار المستهلك الصحى أوضح الأدوار تحديداً للمستهلك فى تقرير احتياجاته ، والشكل المستقبلى لنظام الرعاية الصحية .

الإنصاف : لعبت بحوث الخدمات الصحية دوراً فى تقييم أنواع الخدمات والرعاية الضرورية لتحسين النتائج الصحية ، ولازالت كذلك . ويميز المجموعة الجوهرية من المنافع الأساسية الدنيا المقبولة (Decent Basic Minimum) السلسلة الاستمرارية من الرعاية الوقائية والرعاية الحادة والرعاية طويلة المدى ، المطلوبة للوفاء باحتياجات الرعاية الطبية . تتفاوت المنافع المقدمة فى البرامج المختلفة تفاوتًا كبيراً فيما يتعلق بمدى وعمق التغطية . وتسلم المقترحات الثلاثة جميعًا بأهمية البحوث الموجهة للنتائج

والفعالية ، وتشجيعها . عدا عن التوسع الواضح فى تغطية الخدمات الوقائية فى كل من المقترحات ، لايبدو أن أياً منها يميز بوضوح الخدمات الأكثر فعالية .

يقترح برنامج خيار المستهلك الصحى (CCHP) مجموعة من المنافع هى الأكثر تقيداً ، فيما يقترح برنامج لجنة بيبر (PCP) المجموعة من المنافع الأكثر شمولية . ويوفر برنامج الصحة الوطنى (NHP) مجموعة من الخدمات الأساسية الدنيا المقبولة ، الأكثر احتمالية للنجاح ، هذه المجموعة مبنية على أساس الاحتياج بتغطية الخدمات التى اعتبرت ضرورية طبياً والتى يفترض أن تشتمل على الرعاية الوقائية والرعاية طويلة المدى ، إلا أن طبيعة المنافع لم تحدد بالضبط بعد .

٤- ماهو أساس تحديد أساليب الدفع والأسعار ؟

الوصف :

تتراوح منهجيات تحديد أساليب الدفع ، من تلك المحددة حكومياً وهى الأسعار المنتظمة للمدفوعات ، والميزانيات الشاملة ، إلى مجموعة من الأساليب التى تنتج عن التنافس بين المؤسسات التأمينية . يقترح برنامج الصحة الوطنى (NHP) أن تحدد الحكومة حدود الإنفاق بالتعاون مع مقدمى الخدمة . على المستوى الوطنى ومستوى الولاية . يُدفع للأطباء على أساس الرسوم مقابل الخدمة . ويتم التفاوض على قائمة الرسوم سنوياً . ويتلقى مقدمو الخدمة مثل : المستشفيات ودور المسنين والعيادات والعيادات الجماعية ومؤسسات الرعاية المنزلية ، ميزانيات يتم التفاوض عليها سنويا مع مجلس مدفوعات برنامج الصحة الوطنى لكل ولاية . أما تحت برنامج لجنة بيبر (PCP) فيتم التوسع فى سياسات مديكير للدفع للمستشفيات والأطباء حتى ينطبق على شريحة أوسع من السكان . ويتم الدفع لمقدمى الخدمة تحت برنامج خيار المستهلك الصحى (CCHP) بطرق مختلفة حسب استنساب البرامج الصحية المتنافسة . يتنبأ مؤلفو برنامج خيار المستهلك الصحى أن البرامج التنافسية ستتبنى أساليب مبنية على أساس الأداء ، وتقع بين الرسوم مقابل الخدمة والرسوم المقطوعة .

التقويم :

الفعالية : إذا كانت الأدلة الطبية ستستخدم لجعل الرعاية أكثر فاعلية ، فإن البحث السابق ، يقترح أن تغيير سلوك مقدمي الخدمة يتطلب التثقيف والحوافز المالية . وقد تشمل الحوافز المالية عدم تعويض الخدمات غير الملائمة أو المشكوك في فعاليتها ، أو مكافأة تقديم الرعاية الملائمة . ومن المؤسف عدم تناول أي من المقترحات بوضوح في قضية توفير مدفوعات تحفيزية لتشجيع تقديم الرعاية الملائمة . مع أن برنامج خيار المستهلك الصحي (CCHP) يستدعي تقدير النتائج حسب النموذج السائد ، ويقترح أسلوبًا للرعاية المدبرة مع إمكانية تطبيق مثل هذه الحوافز . فيما يستدعي برنامج لجنة بيبر (PCP) تقدير النتائج وتطوير أدلة الممارسة ، إلا أنه يهمل الحوافز المالية . وسوف يركز برنامج الصحة الوطني (NHP) على الإدارة واسعة النطاق (Macromanagement) لطاقة الإنتاج القصوى والميزانية على مستوى النظام أولاً ، ثم بعد تطبيق ذلك بنجاح يدير الانتباه إلى القضايا المتعلقة بالنتائج السريرية .

الكفاءة : قد يدفع كل من النظام المتجه إلى السوق والنظام غير المتجه إلى السوق لمقدمي الخدمة ، بعدة طرق مختلفة بما فيها الرسوم مقابل الخدمة ، والميزانيات والرسوم المقطوعة والرواتب ، وتمثل المدفوعات ، آليات ، مع أنها على مستويات مختلفة من تجمع الخدمات . والقضية الفعلية هي كيف تحدد الأسعار ومتى تعدل للاستجابة للتغيرات في مدى ندرة الموارد وتفضيلات المستهلك . وقد تحدد الأسعار من جانب واحد من خلال تشريع حكومي ، أو من خلال مفاوضات ثنائية بين الممولين ومقدمي الخدمة . أو من خلال التفاعل بين قوى العرض والطلب في الأسواق المحلية . فمرونة الأسعار هي العنصر الأساسي في النظم المتجهة إلى السوق . وبتوفير تناوب أفضل بين السعر والجودة ، يستطيع مقدمو الخدمة اجتذاب المستهلك ، وبذلك يزيدون الأرباح ، على حساب منافسيهم . وباتخاذ خيارات على أساس النوعيات والأسعار المتاحة ، يستطيع المستهلكون أن يشيروا إلى مايعظم صالحهم ومايقدرون ويرغبون في دفعه .

من المشكلات الرئيسية في الاعتماد على الأسعار التي يحددها السوق ، ما إذا كان عدد كاف من المستهلكين وموكليهم – من الممولين الحكوميين أو أرباب العمل – يستطيعون أن يعلموا مايكفي عن سمات النوعية والفعالية للرعاية الصحية لكي

يتخذوا خيارات جيدة . إضافة إلى ذلك ، عندما تكون الخدمات مؤمنة ، يُستمال المستهلكون لشراء كمية من الخدمات أكثر من المستوى الأمثل ، أى أنهم ، يستهلكون أكثر مما ينبغى من الخدمات مع منفعة هامشية منخفضة ، لأن السعر الذى يدفعه المستهلك يكون بمستوى الصفر أو قربه .

تحت نظام تسعير تحدده الحكومة ، لاتكون الأسعار عادة مرنة لفترات طويلة من الزمن ، وقد لاتمت بأية صلة لتفضيلات واحتياجات المستهلكين ، دائمة التغير . ولايوجد حوافز لمقدمى الرعاية لتخفيض الأسعار ليجتذبوا المزيد من المرضى ، مع أنهم قد يقدمون خدمات ذات نوعية أفضل ، مقابل نفس السعر الذى يحدد مركزياً .

تشير الخبرة إلى عدم وجود نظام مثالى لتسعير الخدمات الصحية . فيما توفر أغلب البلاد الغربية المتقدمة ، باستثناء الولايات المتحدة ، درجة من ضبط الأسعار ، تستثمر بالبحث عن سبل أفضل لرفع الكفاءة ولإشباع الطلبات المتزايدة لكل من مقدمى الخدمة والمرضى . وتدرج بلاد عديدة منها المملكة المتحدة ونيوزيلندا وهولندا ، بعض آليات السوق ضمن نظم الرعاية الصحية الشاملة لديها . ولازال الوقت مبكراً للحكم على النتائج وكيف تقارن مع صيغ القيادة والضبط (Command and Control) من التنظيم (مثل : الميزانيات الشاملة والرسوم المتفاوضة وضبط رأس المال) .

نستنتج للمقترحات المدروسة للتطبيق فى الولايات المتحدة أن الكفاءة هى نتيجة غير مؤكدة وغامضة لكل من المقترحات الثلاثة . ومن المؤسف أن ينتهى الأمر إلى سؤال ، أى المقترحات يُعتقد أنه المقترح الأكثر ملاءمة لبيئة الولايات المتحدة ؟ .

يعتبر برنامج الصحة الوطنى (NHP) ، الرعاية الصحية مثل : خدمة عامة فيؤسس أسعار وميزانيات مدارة . فيما يفضل خيار المستهلك الصحى (CCHP) نظم الرعاية المدبرة مثل : منظمات الحفاظ على الصحة (HMO) ، ويترك تحديد الأسعار للسوق ، ضمن أدلة التأمين الصارمة لتحديد الأسعار ، ومجموعة المنافع الأساسية . ويشجع برنامج لجنة بيبر (PCP) تنافس السوق للبرامج التأمينية الخاصة ، وضبط التكاليف ، الذى طورته مديكير للبرامج العامة الموسعة . فالرعاية المدبرة هى إذاً عنصر هام فى كل من القطاع العام والخاص .

الإنصاف : يتصل معيار المعاملة المتشابهة فيما يتعلق بكيفية تعويض مقدمي الخدمة بما يلي :

(١) استخدام نفس معدل التعويض بغض النظر عمن يدفع للرعاية (المؤسسات التأمينية الخاصة مقابل المؤسسات العامة على سبيل المثال) .

(٢) الحد من التعويض أو تحديد سقف له لجميع مقدمي الخدمة .

من المعضلات الرئيسية التى برزت مع نظام التمويل متعدد الطبقات هى أسعار التعويض المتفاوتة لمقدمي الخدمة ، من المولين المختلفين . فكما ذكر فى فصول سابقة فإن قيمة تعويض مديكيد فى بعض الولايات أقل بكثير من تلك التى للتأمين الخاص ، مما أدى إلى انخفاض جذرى فى مقدمي الخدمة الراغبين فى علاج مرضى مديكيد .

تستخدم نظم الرعاية الطبية ، فى بلاد أخرى مثل : كندا ، أساليب تميل إلى النطاق الواسع أكثر منها إلى النطاق الدقيق ، لتقييد التعويض ، وذلك من خلال مفاوضة الميزانيات الشاملة وقوائم الرسوم مع مقدمي الخدمة وتقييد الاعتمادات المتاحة للإنفاق المالى على المرافق والمعدات . إلا أن الافتراض الأساسى لهذه الأساليب ، وغيرها من أساليب الحد من التعويض هو أن مقدمي الخدمة (وخاصة الأطباء) وليس المرضى ، هم الذين يخلقون الطلب على الخدمات الطبية المكلفة (التنويم والإجراءات ذات التقنية العالية والاختبارات والمستحضرات الصيدلانية وغيرها) . وقد يكون هناك احتياج لحوافز احتواء التكاليف على المستوى الدقيق لمقدمي الخدمة أيضاً . إلا أنه إذا أُريد تطبيق هذه الحوافز بعدالة ، من واقع معايير المعاملة المتشابهة ، فيجب تطبيقها على جميع المولين الذين يعوضون مقدمي الخدمة عن الرعاية . وإلا ستبقى الحوافز كما هى عليه الآن لمقدمي الخدمة لرعاية من يستطيع دفع السعر ورفض تقديم الرعاية لغيرهم ، وأغلب هؤلاء هم الأكثر مرضاً والأكثر عرضة للمرض . (انظر النقاش عن احتواء التكاليف بنظم جميع المولين بالنسبة لنقاش الكفاءة للمعيار الثامن) . إن أفضل من ينفذ معايير المعاملة المتشابهة لتعويض مقدم الخدمة هو مقترح برنامج الصحة الوطنى (NHP) . وعلى النقيض فإن برنامج خيار المستهلك الصحى (CCHP) يشجع التفاوت ، الذى يحدده السوق ، بين رسوم وسقوف الإنفاق لتعويض مقدمي

الخدمة بين البرامج التأمينية . فيما يبقى برنامج لجنة بيبر (PCP) الاختلاف فى النظام الحالى المتنوع لتعويض مقدمى الخدمة ، الذى يتطلب قوانين مديكير لتعويض مقدمى الخدمة المشتركين فى البرنامج الحكومى ولكنه لايفرض أى قيود على المؤمنين بالتأمين الخاص .

٥- ماهو مدى دفعات المستهلك الملازمة ؟

الوصف :

تحت نظام برنامج الصحة الوطنى (NHP) الذى يضُئل السوق ، لايوجد دفعات ملازمة (Copayments) ولامبالغ مقتطعة (Deductibles) . وتلعب التكاليف التى يدفعها المستهلك مباشرة (out-of-pocket) دوراً هاماً فى الأسلوب الذى يعظم السوق ، إذ يدفع المستهلك أقساطاً أكبر ليشترك فى برامج تأمينية أكثر تكلفة وأكثر تكاليف مباشرة يدفعها المستهلك ويدفع تأميناً مشتركاً أكبر للخدمات الصحية التى ينالها . يشمل برنامج لجنة بيبر (PCP) تكاليف مباشرة (٢٥٠ دولاراً للفرد و ٥٠٠ دولار للأسرة) ويشمل كذلك تأميناً مشتركاً (٢٠٪ للخدمات الأساسية و ٥٠٪ لخدمات الصحة النفسية) وذلك حسب القدرة على الدفع . ولايدفع الناس الذين يقعون تحت مستوى الفاقة أقساطاً ولا دفعات مباشرة ولا أقساط التأمين المشترك . ويكون هناك إعانات محدودة لذوى الدخول المتدنية التى تصل إلى ضعف مستوى الفاقة . يقترح برنامج خيار المستهلك الصحى دفعات مباشرة قد تصل إلى ٢٥٠ دولاراً للشخص وتأمين مشترك بواقع (٢٠٪) لذوى الدخول المتوسطة والمرتفعة . ويدفع الأشخاص الذين يختارون البرامج ذات التكلفة المرتفعة ، أقساطاً أعلى . كما سوف تُثبِّت الإعانات التى يدفعها أرباب العمل للأقساط ، على (٨٠٪) من تكلفة برنامج «الحد الأدنى الأساسى» ويتم دفع إعانات المدفوعات الملازمة للأقساط على أساس متدرج لذوى الدخول المتدنية .

التقويم :

الفعالية : تخفض الدفعات الملازمة استخدام الخدمات الصحية و منافعها تفاوتياً لذوى الدخول المختلفة . فقد وجد فى تجربة راند (RAND) للتأمين الصحى أن الرعاية

«المجانية» لم تؤد إلى تحسين المستوى الصحى للشخص العادى ، بالمقارنة مع الذين لديهم دفعات ملازمة أعلى ، واستخدام أقل للخدمات . وتشير هذه النتائج إلى أن المشاركة فى التكلفة قد تقنن الرعاية غير الملائمة ، الناتجة عن استخدام الخدمات الزائد ، من قبل الطبقة المتوسطة والطبقة العليا من المجتمع . إلا أنه بالنسبة للأشخاص ذوى الدخول المتدنية الذين كانوا أصلاً مرضى ، أدت الرعاية المجانية إلى تحسن فى تنظيم ضغط الدم وحدة البصر بالمقارنة مع مجموعة الدفعات الملازمة (Manning etal 1987) . وتقترح هذه النتائج أسلوبًا موجهًا للدفعات الملازمة تحت التأمين الصحى الشامل (UHI) (انظر النقاش المتعلق بالمعيار الأول أعلاه) .

يقع برنامج الصحة الوطنى (NHP) فى مرتبة دون الاقتراحين الآخرين فى تناول هذه القضية لأنه يزيل الدفعات اللازمة عن جميع السكان . فيما يتبنى برنامج لجنة بيبر (PCP) وبرنامج خيار المستهلك الصحى (CCHP) أسلوبًا أكثر توجيهًا بربط الدفعات الملازمة بالدخل .

الكفاءة : صُممت الدفعات الملازمة لجعل المرضى أكثر حساسية نحو تكلفة الرعاية الطبية ولتقليص تكاليف المعاملات المرتبطة بالدعاوى القضائية الصغيرة . ويفترض أن تساعد هاتان النتيجتان على كبح الخسائر المتوقعة ، وبذلك تساعد على تخفيض الأقساط المرتبطة بسندات التأمين . تؤثر المدفوعات الملازمة على جانب الطلب من سوق الرعاية الطبية ؛ ولذا يتوقع أن تؤثر فى الكفاءة التحصيصية . يميل التأمين إلى تخفيض سعر الخدمة إلى أقل من تكلفتها الاجتماعية ؛ ولذا يستحث المستهلكين على استخدام خدمات ذات تكلفة اجتماعية هامشية أعظم من منفعتها الهامشية مما يؤدى إلى خسارة فى الصالح العام للمجتمع . وتعوض الدفعات الملازمة السعر فيما تحمى المستهلك من خسائر أبعد من حدودها . ويجب وزن قيمة الدفعات الملازمة بالخسائر المحتملة المرتبطة بتخفيض الحماية ضد المخاطرة والنتائج الصحية السلبية المرتبطة بتأجيل أو تخفيض استخدام الخدمات الصحية .

أظهرت تجربة راند (RAND) للتأمين الصحى أن الدفعات الملازمة لها تأثير جوهرى على استخدام وإنفاق الرعاية الصحية . وقد قدرت خسائر الصالح العام

المرتبطة مع الدفعات الملازمة بفحص الدرجة التى تستحث فيها "أسعار الصفر" (لادفعات ملازمة) المرضى على استهلاك الخدمات إلى ما بعد النقطة التى تعادل فيها منفعة الخدمة الهامشية تكلفتها الهامشية . وكما وُصف فى الفصل الرابع فقد وثقت النتائج خسائر جوهرية فى الصالح العام من تغطية «الدولار الأول» التى لايرافقها أى مدفوعات من قبل المستهلك . وهكذا يشير البرهان إلى أن انعدام الدفعات الملازمة قد تقود المستهلك العادى إلى استخدامات كبيرة للرعاية غير الضرورية . إلا أنه قد يكون من الحكمة تضئيل الدفعات الملازمة للأسر متدنية الدخول ، خاصة عند الأخذ بالاعتبار ، العوائق الأخرى التى قد تواجههم فى الحصول على خدمات الرعاية . يُسمح لكل من برنامج خيار المستهلك الصحى (CCHP) وبرنامج لجنة بيبر (PCP) باستخدام الدفعات الملازمة فى هيكلة سندات التأمين ، مع تحديد سقف للمدفوعات الملازمة السنوية ، كما يُدفع فى هذين المقترحين إعانات لذوى الدخول المتدنية لحمايتهم من النتائج السلبية للدفعات الملازمة . ويحنو برنامج الصحة الوطنى (NHP) حنو النموذج الكندى بعدم استخدام الدفعات الملازمة ، لذا فإن هذا المقترح لا يُفضل بقدر المقترحين الآخرين وفق هذا المعيار .

الإنصاف : تقع أعباء التكلفة المباشرة تقليديًا على السكان ذوى الدخول المتدنية ، الذين قد يمثل لهم ، حتى الإنفاق القليل نسبيًا ، جزءًا كبيراً من مواردهم المالية . ويشير الدليل من تجربة راند (RAND) للتأمين الصحى ، أن زيادة مشاركة التكلفة قد تقلل الرعاية الفعالة إضافة إلى الرعاية الأقل فعالية ، وقد تؤثر تفاوتيًا كذلك على إمكانية الوصول إلى الرعاية لأشد الناس احتياجًا لها أو لأقل الناس تحملاً لتكاليفها .

يقترح برنامج الصحة الوطنى عبئًا أدنى من المدفوعات المباشرة على المستهلك ، فيما يشرع برنامج خيار المستهلك الصحى أن يدفع المستهلكون (٢٠٪) من أقساط البرنامج الأساسى لحث المستهلكين على اتخاذ خيارات واعية بالتكلفة بين البرامج المتاحة ، ويفرض سقفًا على المدفوعات المباشرة مثلما يفرض برنامج لجنة بيبر كذلك سقفًا على ما يُتوقع أن يدفع المستهلك من الدفعات المباشرة .

٦- كيف يتم تمويله ؟

الوصف :

تتم جميع عمليات التمويل من خلال ضرائب مؤسساتية وشخصية فى برنامج الصحة الوطنى الذى يضئل السوق . أما المقترحان الآخران فيمولان فى المقام الأول من خلال أقساط أرباب العمل ومن الموظفين والدفعات المباشرة . إذ يدفع أرباب العمل ، تحت برنامج لجنة بيبر ، (٨٠٪) من أقساط الموظفين المؤمنين ، أو ضريبة مساوية لذلك على جدول الرواتب لدعم برامج التأمين الفدرالية . ويدفع الموظفون (٢٠٪) ، كحد أقصى ، من أقساط التأمين للبرامج الحكومية ، أو بإمكانهم اختيار التأمين الخاص . ويدفع الأشخاص غير المؤمن عليهم من خلال وظائفهم التكلفة الكاملة للبرنامج الحكومى ، حسب قدرتهم على الدفع . وتحت برنامج خيار المستهلك الصحى ، يدفع أرباب العمل والممولون الحكوميون (٨٠٪) من أقساط برنامج تأمين صحى أساسى أدنى . ويدفع الشخص المؤمن ، أو الأسرة المؤمنة ، الفرق بين مساهمة رب العمل أو الممول ، وتكلفة البرنامج التأمينى الذى يختارونه . يدفع أرباب العمل ضريبة على جدول الرواتب بواقع (٨٪) ، إلى حد ٢٢٥٠٠ دولار ، للموظفين المنخرطين فى برامج ممولة حكومياً ، ويجب على الموظفين الذين يختارون البرنامج ، أن يدفعوا الفرق بين مساهمة ممولیهم ، وتكلفة البرنامج الذى يختارونه . ويدفع أصحاب الأعمال الحرة ، وغير الموظفين الذين ترتفع دخولهم عن مستوى الفاقة ضريبة دخل بمعدل (٨٪) لدعم البرامج الممولة حكومياً .

التقويم :

الفعالية : قد يجادل المنظور السكانى للفعالية من أجل أسلوب التمويل الأكثر احتمالية لتعظيم صحة السكان ككل ، فيما يجادل المنظور السريرى من أجل النظام الذى يضمن تقديم الرعاية الأكثر فعالية . وقد تمت سابقًا مناقشة الأسس المفاهيمية والتجريبية التى تحدد أى المقترحات المعينة ، هى الأكثر احتمالية لضمان هذه النتائج . لايستطيع منظور الفعالية ، إجمالاً ، أن يتبنى تلك المقترحات المحددة بسبب عدم التيقن من الآثار النافعة المحتملة من أسلوب تمويل كل منها .

الكفاءة : تمول الخدمات الصحية بالضرائب أو بأقساط التأمين والدفعات الملازمة ، أو بمزيج ما من هذه المصادر . تكون الضرائب تقليدياً تصاعدية فيما يتعلق بالدخل ولا علاقة لها بحالة الفرد الصحية أو باستخدام الرعاية الصحية . وتُسعر أقساط التأمين إمـا وفق المجـتـمـع (Community-Rated) ، أو وفق التـجـربـة (Experieince-rated) ، وتتساوى الأقساط المسعرة وفق المجتمع لنفس المنافع لجميع أفراد المجتمع ، بينما تعتمد الأقساط المسعرة وفق التجربة على استخدام الرعاية الصحية للأفراد أو المجموعات . لو كان التأمين ، والأقساط المرتبطة به إلزامياً ، لكان هناك فرق قليل جداً بين الضرائب والأقساط ، إلا أن الضرائب ترتبط بمباشرة أكبر ، بالقدرة على الدفع . فالقضية الحقيقية هي بين النظم المسعرة وفق المجتمع وتلك المسعرة وفق التجربة . ويميل النظام الضرائبي إلى كونه مسعراً وفق المجتمع من حيث إن المدفوعات لاترتبط بتجربة استخدام الرعاية الصحية . من إطار استقلالية المستهلك يجادل فلدستين (Feldstein 1988) في أن التسعير وفق المجتمع يكون تحصيصياً لا كفئاً . ففي مثل هذا النظام يُعين الأفراد أو المجموعات منخفضة المخاطرة أفراداً ومجموعات مرتفعة المخاطرة وتعكس أقساط المجتمع أو الضرائب ، متوسط المطالبات المتوقعة ، مع التكاليف الإدارية . ومن المحتمل أن يكون هذا المبلغ أكبر مما يرغب الكثير من المجموعات والأفراد منخفضي المخاطرة في دفعه للتأمين الصحي . وسوف يقرر العديد من هؤلاء الناس عدم شراء التأمين ، وبالتالي سيكونون أسوأ حالاً مما لو استطاعوا شراء أي برنامج تأميني مبني على تكلفة التأمين (أي القيمة التأمينية مع الرسوم الإدارية) .

تحت نظام تسعير المجتمع ، تدفع المجموعات منخفضة المخاطرة ضريبة لتغطية تكلفة تأمين المجموعات مرتفعة المخاطرة . فكما في الأسواق الأخرى يصحِّف هذا ، أي القرارات التي يتخذها المستهلكون ، وبذا يشترون أقل مما يكون كفئاً . ولو فرض عليهم المشاركة ، سوف يستهلك بعض الأشخاص منخفضي المخاطرة خدمة تكون قيمتها أقل من تكلفتها عليهم . وبسبب تفضيلات المستهلك بعدم دفع أكثر من تكلفة الإنتاج ، فإن النظم المسعرة وفق المجتمع تكون مرغوبة أقل ، عندما يكون التركيز على محاولة إيجاد أسواق تأمين صحي تنافسية . ويكون هذا أكثر إشكالاً عندما يكون لدى

المستهلكين تفضيلات مختلفة فيما يتعلق بالمنافع ومستويات المدفوعات الملازمة . ومن الصعب جداً تصميم تسعيرة وفق المجتمع تتكيف مع هذه التفضيلات .

وجد جلايسر (Glaser 1991) أن معظم برامج التأمين الصحى التشريعية ، مثل تلك التى فى أوربة الغربية وكندا ، تعتمد على ضرائب المرتبات عوضًا عن الأقساط للتمويل .

سُمح مبدئيًا للضرائب بالارتفاع لتغطى الزيادات فى تكاليف الرعاية الصحية ، ولكن بظهور مشكلات التكلفة و العجز (فى الميزانية) فى السبعينيات الميلادية ، قيدت الحكومات ازدياد الضرائب للحد من الاعتمادات المالية الموجهة إلى الرعاية الصحية . وقد كان هذا الأسلوب أكثر فعالية فى احتواء التكاليف ، من محاولة الولايات المتحدة بتطبيق الإدارة الدقيقة على تكاليف الرعاية الصحية ، فى نظام يشمل مئات المولين وبدون ضبط شامل فعّال للريع .

من منظور استقلالية المستهلك ، قد يؤدى التمويل من ضرائب الرواتب إلى تحصيص الموارد ، اللا كفء ، للتأمين الصحى وخدمات الرعاية الطبية ، بالمقارنة مع السوق التنافسية التى تسعر التأمين حسب الاستخدام الفعلى . فى غياب التأمين التنافسى وسوق الرعاية الصحية العمليين ، توفر ضرائب الرواتب ضبطًا مجتمعيًا على الموارد التى توجه إلى الرعاية الصحية ، والتى تكون دونه ، مفرطة ، علمًا بهيمنة مقدمى الخدمة . وبهذا توفر نظم ضرائب الرواتب التشريعية كثانى أفضل حل .

يوفر برنامج الصحة الوطنى (NHP) مثل هذا الأسلوب لتمويل الرعاية الصحية ولذلك يحتمل أن يقيد التكلفة الكليّة . إلا أن الأطباء يعطون هذا المقترح حرية كاملة لتحصيص الموارد ضمن القيود واسعة النطاق . ستعتمد الكفاءة التحصيصية على مدى قدرة الأطباء على العمل كوكلاء للمرضى لتعظيم صالحهم . وبافتراض أن برنامج الصحة الوطنى يقترح تغطية التكلفة الشاملة (First-dollar) ودفعات الرسوم مقابل الخدمة للأطباء ، فإن تحقيق الكفاءة تحت ذلك المقترح قد يشكل مشكلة .

يمول برنامج خيار المستهلك الصحى (CCHP) الرعاية الصحية الشاملة بتركيبة من أقساط التأمين الخاص ، والضرائب . ويتطلب تيسر مجموعة معيارية من المنافع

الأساسية ، والاشتراك المفتوح ، والتسعير وفق المجتمع حسب الفئات التأمينية وذلك لتوفير الحوافز للبرامج الصحية لإشراك المجموعات مرتفعة المخاطرة . ولتناول هموم ومشكلات الإنصاف ، تقدم الإعانات للمستفيدين وفق فئاتهم التأمينية . أما الوعد الذى لم يتم إثباته بعد ، هو أن برنامج خيار المستهلك الصحى يخلق سوقًا تنافسيًا عمليًا للرعاية الصحية ، لديه إمكانية ترك خيار المستهلك يحدد كمية الموارد المنفقة على الرعاية الصحية ونوع الخدمات المقدمة . كما توفر أيضًا حوافز لمقدمى الخدمة ليقللوا تكلفة الإنتاج . تعتمد الكفاءة إذًا على مدى نجاح النظام متى ماعمل به ، وهذا يصعب قياسه مسبقًا . مع أن برنامج لجنة بيبر (PCP) يصلح ممارسات توقيع سندات التأمين والتسعير وفق درجة المخاطرة (Risk-rating) الشائعة فى سوق التأمين الخاص ، ويحول مديكيد من برنامج إنعاش اجتماعى ، إلى برنامج عام يشمل جميع الفقراء ، إلا أنه لايقدم أى إصلاح جوهرى لسوق الرعاية الصحية ولايوفر ضوابط شاملة للإنفاق على الرعاية الصحية . يستمر التمويل بتركيبه من أقساط التأمين الخاص فى بيئة العمل والضرائب لدعم البرامج العامة . ومع أن البرنامج يشجع خيارات المستهلك بين برامج الرعاية المدبرة ، إلا أن الحوافز الضريبية الأساسية لم تُغير لتجعل المستهلكين مدركين وواعين بالتكلفة . تُستخدم الاقتطاعات من الضرائب لدعم تكاليف شراء التأمين فى المؤسسات التجارية الصغيرة . وتقترح لجنة بيبر (Pepper Commission) تركيبة من المصادر الضريبية المحددة والعامة لتمويل البرنامج ولكنها لم تضع توصيات محددة .

الإنصاف : المعيار الرئيسى فى تقييم عدالة التمويل من حيث المعاملة المتشابهة هو استخدام مشاركة المخاطرة (Risk Sharing) المبنى على أساس المجتمع وإسهامات المرضى المتدرجة . ويشير تسعير المجتمع إلى حقيقة أن الأساس لحساب المخاطرة التأمينية ، والآثار الملازمة لها على الأقساط ، تعتمد على المجموعات السكانية العريضة ، عوضًا عن المجموعات السكانية الضيقة . أما تسعير الخبرة فعلى النقيض ، يضع السعر على أساس مجموعة محددة من المؤهلين للخدمة ، ويقدم حوافز لتحديد التأهل والتسجيل للذين يحتمل أن يحتاجوا لأقل الرعاية تكلفة ، وذلك لإبقاء قيمة الأقساط منخفضة . والنتيجة هى أن أكثر الناس حاجة (الذين يعانون من مشكلات صحية خطيرة ، أو بعض المعرضين لها مثل الأشخاص الذين تثبت الفحوصات وجود فيروس

نقص المناعة لديهم) ، هم أكثر الناس احتمالية ليستثنوا ، أو يفرض عليهم الأسعار الباهظة للتغطية التأمينية .

يتصدر برنامج الصحة الوطنى (NHP) المجموعة من واقع معيار الشمولية ، ويبدى كل من برنامج لجنة بيبر (PCP) ، وبرنامج الصحة الوطنى (NHP) تعهداً لتوسيع الأساس لحساب ومشاركة المخاطرات . ويخفق برنامج خيار المستهلك الصحى (CCHP) من حيث معيار الشمولية وتسعير المجتمع . ويوفر مقترح برنامج الصحة الوطنى تغطية شاملة مساوية ، حيث يسجل الجميع فى برنامج تأمين وطنى منفرد . ويستمر برنامج خيار المستهلك الصحى وبرنامج لجنة بيبر فى تشجيع ثنائية نظم الرعاية والتغطية التأمينية ، الحكومية والخاصة معًا . كما يقترح برنامج لجنة بيبر أيضاً ، أن يتم إصلاح صناعة التأمين الخاص بحيث يتطلب أقساطه على أساس تسعير المجتمع . و يقترح برنامج خيار المستهلك الصحى كذلك تسعير المجتمع ولكنه يسمح بأسعار مختلفة للمستهلكين مرتفعى المخاطرة . يقترح برنامج الصحة الوطنى (NHP) أكثر السبل تقدمية لتمويل الرعاية من خلال ضريبة الرواتب أو ضريبة الدخل أو ضرائب تصاعدية أخرى ، مع أقل عبء ممكن من الدفعات المباشرة على المستهلك ، فيما يشرع برنامج خيار المستهلك الصحى بأن يدفع المستهلك (٢٠٪) من قسط البرنامج الأساسى لحث خيارات المستهلك الواعية بالتكلفة بين البرامج المتاحة ، كما يفرض هذا المقترح سقوفًا على الدفعات المباشرة . ويتطلب برنامج لجنة بيبر ، كذلك ، من المستهلك أن يدفع جزءًا من القسط ، ويفرض سقوفًا على ما يتوقع أن يدفعه المستهلك مباشرة لقاء بعض الخدمات الإضافية .

٧- كيف يدار ؟

الوصف :

تتراوح خيارات أسلوب إدارة المقترحات الثلاثة من إدارى حكومى منفرد إلى مؤمنين خاصين متعددين . ويقع فى وسط هذه الخيارات ، إما بعض الإداريين الحكوميين (على مستوى الولاية) ، أو عدد محدود من المؤمنين الخاصين تنظمهم

الحكومة الفدرالية ، أو الاثنين معًا . وتحت برنامج الصحة الوطنى ، تحدد جهة حكومية واحدة ضمن كل ولاية سقوف الإنفاق ومبالغ المدفوعات ، وتدرس المطالبات وفق معايير وطنية . ويعتمد على التخطيط المحلى لإجازة الإنفاق المالى . وتحت برنامج لجنة بيبر يستطيع أرباب العمل أن يشتروا التأمين الخاص لموظفيهم أو أن يدفعوا الضرائب لدعم البرنامج التأمينى الفدرالى الذى يتم تأسيسه ضمن المقترح . وتتم إدارة البرنامج الفدرالى بالاشتراك مع ، أو كجزء من مديكير ويحل محل مديكيد ويكون هناك معايير وطنية للأهلية لهذا البرنامج وللمنافع وللمدفوعات . ويعمل الممولون الحكوميون وأرباب العمل ، تحت برنامج خيار المستهلك الصحى ، كوسطاء للتأمين ، باختيار مجموعة مختلفة من برامج التأمين الصحى لتقديمها للمشتركين ، وتدبير إجراءات التسجيل وتحصيل الأقساط ، والدفع لمقدمى الخدمة . وتبقى مديكير ومديكيد كما هما .

التقويم :

الفعالية : لاتوفر أى من البرامج المقترحة إطارًا إداريًا لتحسين صحة السكان ، إذ يقترح برنامج الصحة الوطنى (NHP) وضع سقوف للإنفاق على الخدمات وضبط الإنفاق المالى . مالم يتضح ، هو استنتاج تلك القيود ، أى انه لايوجد تفاصيل لتطوير سياسة صحية وطنية . ويعتمد برنامج خيار المستهلك الصحى على حوافز السوق التى لم تثبت فعاليتها ، إضافة إلى أدلة الممارسة للتغطية والضبط .

يقع برنامج لجنة بيبر (PCP) بين المقترحين الآخرين ، ببرامجه العامة وتلك المبنية على أساس أرباب العمل ، لضمان تغطية السكان ، ويبدو أنه يفتقر إلى أى ضوابط مالية أو جهود تخطيطية إجمالية .

الكفاءة : تمثل الإدارة أكثر من (٢٠٪) من إنفاق الرعاية الصحية فى الولايات المتحدة الأمريكية . وتحوى كيفية إدارة البرامج ، تضمينات هامة للكفاءة الإنتاجية ، إذ تبين البحوث وجود اقتصاديات المجموع (Economies of Scale) فى تقديم خدمات التأمين مما يشير إلى أن المؤسسات الكبرى ، هى أكثر كفاءة من المؤسسات الأصغر

ولكن ذلك لايعنى انخفاض التكاليف باستمرار ، مع ازدياد حجم المؤسسة . إلا أن النظام الكندى بالممول المنفرد ، الذى يديره الإقليم ، تكلف إدارته نصف تكلفة إدارة النموذج الأمريكى متعدد البرامج (General Accounting office 1991) . يدل ذلك ضمنًا على إمكانية تحقيق ادخارات هامة فى برنامج مبسط بممول منفرد ، بالمقارنة مع تعقيدات مئات الممولين الذين يسعون إلى تسويق ومراقبة وتدبير برامج التأمين الصحى وبرامج تقديم الرعاية الصحية فى الولايات المتحدة .

لايوجد ميزة متأصلة فى نوع واحد من النظم ، من حيث كفاءة تقديم الخدمات الصحية . إذ تعتمد الكفاءة على تكاليف الإدارة بالنسبة للنتائج المحققة . وتُوجه الكثير من إدارة الرعاية الصحية الأمريكية إلى تحسين جودة الرعاية ، بضمان تقديم الرعاية الملائمة ، وحصول المستهلكين على منتجات التأمين التى تتناول مخاطرهم وتفضيلاتهم الفردية للخدمات التأمينية والخدمات الطبية . ندرك حاليًا ، القليل جداً ، عن مدى تحقيق الاستثمارات الإدارية لهذه الأهداف (Thorpe 1992) .

إن السبيل إلى تحسين النتائج (الجودة) وتضئيل عدم كفاءة طرق الإنتاج ، هو بتشجيع التنافس على أساس التكلفة وعلى أساس الجودة ، تحت نموذج برنامج خيار المستهلك الصحى ، وضبط الأسعار ، ومستوى ومزيج المصادر ومواقعها فى نموذج برنامج الصحة الوطنى ذى الممول المنفرد . وحتى الآن لم يُثبت برنامج خيار المستهلك الصحى أو يُبَرهَن بعد ، أما نموذج برنامج الصحة الوطنى فقد يستطيع أن يحتوى التكاليف ، ولكن ذلك لايُنتج بالضرورة أساليب أكثر كفاءة لتقديم الرعاية والجودة أفضل لها . إلا أننا إذا أخذنا بالاعتبار الدليل الحالى ، فإن الادخارات الناتجة عن الكفاءة الإدارية توفر الأساس المنطقى لاختيار نموذج الممول المنفرد .

الإنصاف : قد يتم الحكم على معيار حرية الخيار ، كما تم تطبيقه لتقييم نتائج الإنصاف لمقترحات التأمين الصحى الشامل (UHI) ، بما يتطلبه المقترح فيما يتعلق بتقييد خيار المستهلكين فى الرعاية . وتكون المقترحات التى تقلل من القيود على خيارات المستهلك هى أعدلها حسب هذا المعيار .

مايُفشل كلٌ من المقترحات الثلاثة فى أن يُسلِّم به تمامًا هو أن خيارات المستهلكين فى أنواع الرعاية التى يتلقونها هى عامة محدودة فى كل من الأسلوب الذى يضلل السوق والآخر الذى يعظم السوق . ففى كلتا الحالتين يعمل الطبيب كممثل للمريض على تقرير أى أنواع الرعاية ، هى أكثرها احتمالية فى أن تكون الأفضل للمريض .

المجال الأساسى الذى يملك فيه المستهلكون حرية الاختيار فى الرعاية التى يتلقونها ، ينتج عن الخيارات المتاحة لهم فى اختيار مقدمى الخدمة الذين يستطيعون أن يستشيرونهم فى الأصل . فكلما ارتفع عدد السبل المغلقة أمام المستهلك بسبب عدم توافر مقدمى الرعاية فى منطقة ما ، أو بسبب عدم رغبة مقدمى الرعاية فى علاج المرضى الذين لديهم أنواع معينة من التغطية التأمينية ، أو بسبب طبيعة «اللجنة المغلقة» (Closed-Panel) للممارسة الطبية ، أو بسبب افتقار المستهلكين إلى الأساس المعلوماتى فى الاختيار من بين مقدمى الخدمة ، انخفض عدد الخيارات الفعلية المتاحة للمستهلك . ولايحتمل أن يعزز أى مقترح من المقترحات الثلاثة للتأمين الصحى الشامل ، الخيارات المتاحة للمستهلك فى سوق الرعاية الطبية فى الولايات المتحدة .

يشجع برنامج خيار المستهلك الصحى على تشكيل ونشر برامج الرعاية المدبرة مثل منظمات الحفاظ على الصحة (HMO) . و منظمات مقدم الرعاية المفضل (PPO) التى يفترض أن تكون أكثر المتنافسين كفاءة للتكلفة ، للتعامل مع أرباب العمل والقطاع العام فى منطقة تسويقية معينة . وتقيد حرية المستهلك البرامج التى تنشأ فى منطقة ما ، استجابة للحوافز التى يوفرها الممولون من القطاع العام والخاص فى كل ولاية لتطوير مثل هذه البرامج . إضافة إلى ذلك ، لايتناول برنامج خيار المستهلك الصحى مباشرة ، تقديم الرعاية للمؤهلين لبرنامجى مديكير ومديكيد . لذا لاتتضح الخيارات التى ستتوفر فى نهاية الأمر لهؤلاء الأشخاص ، الذين لايميل مقدمو الرعاية إلى خدمتهم . وبالإمكان افتراض أن الخيارات ستبقى كما هى عليه الآن ، والتى فى حالات كثيرة تشمل إمكانية نيل الرعاية من خلال منظمات الحفاظ على الصحة (HMO) .

يشجع برنامج لجنة بيبر كذلك التوسع فى بدائل الرعاية المدبرة ولكنه لايشرع ذلك ، كما يشجع على تقديم الرعاية فى المناطق التى يقل فيها توفير الخدمات . أما تركيز

برنامج الصحة الوطنى فهو أساس تغيير أساليب الدفع للرعاية وليس على تغيير أساليب تقديمها ، إذ لايقترح هذا البرنامج ولايتطلب أى تغيير فى نظام تقديم الرعاية الحالى ، والذى كما أشير إليه سابقًا ، يستمر فى الحد من البدائل الفعَّالة المتاحة للكثير من المرضى المعرضين للخطر ، ومن التحسينات التى يدخلها هذا البرنامج على قضية الإنصاف ، أن يتم الدفع للأطباء بنفس التسعير للأغنياء والفقراء على حد السواء ، وهذا الإجراء لن يحل مشكلة التوزيع الجغرافى ، ولكنه خطوة إيجابية .

٨- كيف تضبط التكاليف ؟

الوصف :

يتم تحت أسلوب برنامج الصحة الوطنى ، الذى يُضئل السوق ، ضبط التكاليف من خلال الرسوم المتفاوضة والميزانيات الشاملة لمقدمى الخدمة واستخدام إجراء تخطيطى للإنفاق المالى . ويعتمد البرنامج المدار حكومياً تحت برنامج لجنة بيبر التغطية السخية للخدمات الوقائية ، ويستخدم أساليب مدفوعات مديكير (مثل المجموعات المرتبطة تشخيصياً (DRG) لرعاية التنويم فى المستشفيات) لضبط التكاليف .

وتشجع البرامج الخاصة على استخدام الرعاية المدبرة ومشاركة التكلفة لتعزيز حساسية المستهلك لتكلفة الخدمات الطبية . فيما يعتمد برنامج خيار المستهلك الصحى على استقلالية المستهلك و ديناميكية السوق (وهى تفاعل العرض والطلب) لخلق الحوافز لضبط التكاليف بجعل المستهلك يتكلف (٢٠٪) من متوسط تكلفة البرنامج الأساسى إضافة إلى أى تكاليف إضافية مرتبطة بالبرنامج الذى يختارونه . فيما يحتمل أن تغطى منافع الموظفين هذه التكاليف ، تكون المنافع عرضة لضريبة الدخل ، ويفترض أن تتنافس البرامج المنظمة على أساس الأسعار والجودة وليس باختيار المخاطرة المفضلة ، وتكون الحكومة مسئولة عن بث المعلومات عن أسعار وجودة خدمات مقدم الرعاية وتطور الهياكل التأمينية الجديدة لتشجيع التنافس .

التقويم :

الفعالية : تكون نتائج البحوث عن أدلة الممارسة ذات أهمية ، بقدر الدرجة التى تُبذل فيها الجهود لتعديل الممارسة الطبية تحت أى من مقترحات التأمين الصحى الشامل . إذ قد برهنت العديد من الدراسات تكراراً أن بث ونشر أدلة الممارسة فقط ، لايؤدى إلى تغيير سلوك مقدمى الرعاية (Hill, Levine and Whelton 1988; Kosecoff, Kanouse and Rogers 1987; Lomas et al 1989; and Wennberg 1984) ، إلا أنه عند ضم الحوافز المالية المقترحة فى مقترحات التأمين الصحى الشامل فإن أدلة الممارسة قادرة على تغيير السلوك . وتمت مناقشة تحليل هذه الاعتبارات فى المعيار رقم (٧) أعلاه . يُفضل برنامج الصحة الوطنى لأن إستراتيجية الإدارة واسعة النطاق المستخدمة فيه لضبط التكاليف ، هى أكثر احتمالية لأن تنتج الرعاية على أساس المبادئ الإكلينيكية وتوافر الموارد للاستثمار فى برامج يحتمل أن تحسن صحة المجتمع (Brook 1991). يجب التطبيق لكل من المبادئ الإكلينيكية والاقتصادية من أجل تحقيق أكبر تحسن فى المستوى الصحى لكمية معينة من الموارد (Culyer 1992) .

الكفاءة : هناك قلق عام فى البلاد المتقدمة ، من أن نظام الرعاية الصحية يستهلك موارد قد تغل قيمة أعلى لو استثمرت فى مساعٍ اجتماعية أو خاصة أخرى . وينعكس هذا القلق فى الرغبة فى احتواء تكاليف الرعاية الصحية . ويبدو أن النظم ذات الممول المنفرد أو تلك التى تسيِّر المدفوعات خلال قنوات قليلة نسبياً وتعتمد على تخطيط المجتمع لضبط التقنية المكلفة ، هى الوحيدة التى تظهر قدرة على الحد من ارتفاع التكاليف إلى مستوى نمو الدخل فى البلاد . مع أن نظام الولايات المتحدة المقترن بالممولين المتعددين فشل فشلاً ذريعًا فى الحد من ارتفاع التكاليف ، إلا أن ضبط التكاليف لايمكن أن يعنى الكفاءة . إذ لاينتج الحد من الإنفاق بالضرورة ، تخفيض تكلفة الإنتاج أو يحقق المزيج الملائم من السلع والخدمات . وقد يؤدى ضبط التكاليف الاعتباطى إلى رفاهة أقل وذلك بالحد من الخدمات المفيدة وبتأخير الإبداع والابتكار فى تقديم الرعاية الصحية . وبشكل مماثل فإن عدم وجود سوق يعمل جيداً ، قد يؤدى الافتقار للضوابط إلى التوسع فى الخدمات ذات القيمة الهامشية المنخفضة بالنسبة للتكلفة وبالنسبة إلى النقص فى الجهود لاستخدام أساليب الإنتاج الجيدة . والسؤال

هنا ، هو ، أى النظم يوفر ثانى أفضل حل لتحصيص موارد الرعاية الصحية ؟ . فمن الواضح أنه من منظور ضبط التكاليف الضيق ، تحظى سياسة التخطيط وضبط الميزانية بأكثر دعم تجريبى إلى تاريخه . وكما ذُكر أعلاه فإن بعض البلدان التى اعتمدت تقليدياً على التخطيط ووضع الميزانيات ، تضع الآن موضع الاستعمال ، إجراءات تنافسية ، فلدى هولندا والمملكة المتحدة ونيوزيلندا ، هجين من منافسة جانب العرض ضمن بيئة الميزانية الشاملة ، ولازال الوقت مبكراً للحكم على أداء هذا الأسلوب .

سوف يستخدم برنامج الصحة الوطنى (NHP) تنظيماً للأسعار والإنفاق على غرار المرافق العامة ، بهدف ضبط الأسعار ، فيما يستخدم برنامج خيار المستهلك الصحى (CCHP) تنافس السوق بين البرامج الصحية ، وسوف يستخدم برنامج لجنة بيبر (PCP) تركيبة من مشاركة المستهلك فى التكاليف والتنافس بين البرامج ، وضوابط التكلفة الحكومية . لايوجد دليل تجريبى على أى السبل هى الأفضل لتحقيق أهداف الكفاءة الإنتاجية والتحصيصية فى بيئة الولايات المتحدة السياسية والثقافية .

الإنصاف : يظهر الدليل من البلاد الأخرى التى تفرض قيوداً على أسعار التعويض لجميع مقدمى الرعاية ، إضافة إلى الدليل من الولايات التى لديها نظم التمويل الشامل للتعويض ، نجاحها فى ضبط تكاليف الرعاية الصحية . كما أن هذا الأساس أكثر عدلاً ، لاحتواء التكاليف بما أنه يضئل عوائق مقدمى الرعاية لمعاملة مرضى معينين (مثل : مرضى مديكيد ومديكير) معاملة مختلفة بسبب مستويات التعويض المختلفة . إضافة إلى ذلك ، فيما أن مقدمى الرعاية ، غالبًا هم «المستهلك» الرئيسى للرعاية مرتفعة التقنية ، المكلفة (بالعمل كوكلاء للمرضى) فإن الحوافز لتخفيض استهلاكهم المسرف هى مبررة أيضاً .

يقدم برنامج الصحة الوطنى أكبر دلالة على النجاح -نظرياً- فى احتواء تكاليف الرعاية بتوفير نظام ذى ممول منفرد ، ومعايير مطبقة كلياً ، من أجل تحديد ميزانيات وقوائم رسوم شاملة .

يدرس حالياً النظام الكندى (الذى بُنى عليه برنامج الصحة الوطنى) استبدال نظام تعويض أكثرية الأطباء على أساس الرسوم مقابل الخدمة بأسلوب الرواتب أو أسلوب

الدفع الفردى المقطوع (Capitation) . وبتسجيل جميع مقدمى الرعاية – وجميع المستهلكين فى منطقة معينة ، فى برامج صحية متنافسة يستطيع برنامج خيار المستهلك الصحى (CCHP) – نظريًا – أن يخفض الإنفاق على الرعاية ، بتشجيع المستهلكين أن يصيروا مشترين أكثر تعقلاً وحذراً ، وبتوفير حوافز للأطباء ليمارسوا الطب بفعالية أكبر للتكلفة . تُظهر بحوث الخدمات الصحية من البلاد الأخرى ، إضافة إلى البحوث من الولايات المتحدة ، احتمال نجاح نموذج برنامج الصحة الوطنى (NHP) ، فيما تدعم النتائج المتعلقة بالاستخدام المنخفض للخدمات المكلفة والمكثفة (خاصة المستشفيات) فى منظمات الحفاظ على الصحة (HMO) ، برنامج خيار المستهلك الصحى ، مع أن الدليل يبدو ضعيفًا على تخفيض التكاليف بالتنافس على مستوى النظام أو على مستوى السوق ككل . أما برنامج لجنة بيبر فيعمل القليل لتغيير نظام التعويض الحالى للرعاية الصحية أو احتواء التكاليف .

الخلاصة :

تبين التحليلات كلاً من التقارب والتضارب بين أهداف الفعالية و الكفاءة والإنصاف التى تقترحها المقترحات الثلاثة (انظر الشكل ١–٩) . أما بالنسبة لاعتبارات التغطية التأمينية – من تتم تغطيتهم ، وكيف تتم تغطيتهم ، وأساس تحديد التغطية – فتفضل اعتبارات تضئيل السوق فى برنامج الصحة الوطنى عامة . ويحتل هذا البرنامج (NHP) المركز الأول فى الاعتبارات الثلاثة فيما يتعلق بإمكانياته لتحقيق الإنصاف . كما أنه أفضل من يفى بمعايير الكفاءة لمن تتم تغطيتهم لأنه يستخدم التشريعات للخدمات الضرورية ، التى ستضئل التكاليف الخارجية لعدم التغطية . إلا أن برنامج خيار المستهلك الصحى وبرنامج لجنة بيبر يُفضلان ، لأنهما يفسحان المجال أمام خيارات المستهلك فى تحديد التغطية للخدمات ، فوق تلك المتطلبة للوفاء بالاحتياجات الأساسية . ينتقد المنظور السكانى للفعالية جميع المقترحات الثلاثة لأنها تفشل فى تناول التناوب بين الخدمات الطبية والخدمات غير الطبية التى تحسن الصحة . كما ينتقد هذا المنظور برنامج الصحة الوطنى لأنه لايوفر حوافز أكبر للمجموعات من ذوى الدخول المنخفضة للحصول على الخدمات الضرورية .

تُفضل كذلك الإستراتيجيات المضئلة للسوق ، المقترحة فى برنامج الصحة الوطنى ، لمدفوعات مقدمى الرعاية ولتحديد الأسعار ، من منظور الإنصاف . إلا أن عوز هذا المقترح للحوافز المالية للرعاية الملائمة يكوِّن مشكلة فيما يتعلق بتأكيد الفعالية والكفاءة . إضافة إلى ذلك فإن عدم مرونة الأسعار التى تحددها الحكومة يثير القلق مع تغير تفضيلات واحتياجات المستهلكين على مر الزمن .

تفضل معايير الإنصاف برنامج الصحة الوطنى على المقترحين الآخرين من حيث اعتبارات المدفوعات الملازمة (Copayements) فى هذا البرنامج ، إذ إن عدم وجود الدفعات الملازمة للمجموعات من ذوى الدخول المتوسطة والمرتفعة قد ينتج تحصيصًا للموارد يكون غير فعال وغير كفءٍ .

تشير بحوث الكفاءة على آثار الطلب على التغطية التأمينية الكاملة إلى احتمال الاستخدام الزائد تحت مثل هذا المقترح ، مما يؤدى إلى استخدام الخدمات ذات المنفعة الهامشية المتدنية أو المنعدمة (الخدمات غير الفعالة) .

فيما يتعلق بإستراتيجيات التمويل ، يفضل منظور الكفاءة أسلوب برنامج خيار المستهلك الصحى الذى يدمج أقساط التأمين الخاص والدفعات الملازمة والضرائب ليخلق إمكانية وجود سوق تنافسية ، إلا أن هذه الإستراتيجية تخفق فيما يتعلق بالإنصاف ، الذى يفاضل برنامج الصحة الوطنى بسبب أساليب تمويله الأكثر تقدمية والتى تعتمد على الضرائب وأقل قدر من الدفعات المباشرة .

المناظير الثلاثة جميعها غامضة فيما يتعلق بالاعتبارات الإدارية للمقترحات ، فلا تتناول البرامج بالتحديد أهداف صحة السكان لمنظور الفعالية فى تدابيره الإدارية ، إذ يشير الدليل الموجود إلى ميزات وعوائق للبرامج ذات الإدارة الخاصة والإدارة الحكومية من حيث تحقيق الكفاءة . ولاتروى المقارنات بين النظم الكندية والأمريكية من حيث التكلفة الإدارية ، إلا نصف القصة ، بما أنها لاتقارن تكلفة المخرجات المحققة . ولايتناول هدف الإنصاف بحرية الخيار كل المقترحات ، حيث إن الخيارات لأنواع الرعاية الطبية التى يحتمل أن يتلقاها المستهلكون فى المحصلة النهائية عامةً ، محدودة فى كل من الإستراتيجية التى تضئِّل السوق وتلك التى تعظِّم السوق .

تُفضل اعتبارات ضبط التكلفة في برنامج الصحة الوطني من قبل كل من منظور الفعالية ومنظور الإنصاف ، كما أن بحوث الخدمات الصحية من البلاد الأخرى ، إضافة إلى تلك من الولايات ذات المولين المتعددين في الولايات المتحدة تدعم جهود احتواء التكاليف لاحتياطات برنامج الصحة الوطني . أما تقييم الفعالية فهو مفاهيمي ، مبني على أساس الحجة القائلة أن وضع الميزانيات الشاملة وضبط الإنفاق المالي هو أكثر احتمالية بأن يضع سقفاً لإنفاق النظام وبذلك يمكن تركيز الجهود على النتائج الإكلينيكية . إلا أن منظور الكفاءة غير واضح في هذا الاعتبار ، إذ فيما تلاحظ إمكانات برنامج الصحة الوطني في احتواء التكاليف ، لايوجد دليل تجريبي على ما إذا كان الأسلوب الذي يضئل السوق ، أو ذلك الذي يعظم السوق هو الأفضل لتحقيق أهداف الكفاءة التحصيصية والإنتاجية .

يبين هذا التحليل أنه لاتُعظِّم ، أي الإستراتيجيات المقترحة بثبات ، أي ناحية من هذه الأهداف ، مع أن مقترح الصحة الوطني بالممول المنفرد ، يميل إلى كونه الأكثر نجاحًا على مؤشرات الإنصاف ، كما تكشف النتائج أيضًا ، التناوب بين الأهداف الممثلة في المقترحات ، كما تعكس الغموض وعدم التحديد والثغرات في المعرفة في نتائج احتياطات مختارة ، التي يجب تناولها لاتخاذ حكم فعال على آثارها المتوقعة .

يطرح الدليل والحجج المقدمة التحديات لبعض الافتراضات التقليدية التي تسيِّر أداء نظام الرعاية الطبي الأمريكي ، فيما يتعلق بالفعالية والكفاءة والإنصاف . ولايؤدي تقنين (Rationing) الرعاية على أساس السعر (الدفعات الملازمة) إلى تخفيض تقديم الرعاية الضرورية .

لاتؤدي الأسعار التي تنظمها الحكومة وسقوف الإنفاق التي تخفض التكاليف ، بالضرورة إلى تقديم الخدمات بكفاءة أكبر . ولايؤدي نشر مجموعة من برامج التأمين الصحي التنافسية حتماً إلى خيار أكبر للمستهلك في سوق الرعاية الطبية .

لقد دار الحوار عن الحاجة إلى برنامج للتأمين الصحي الشامل وأنواعه ، لسنوات عديدة ، حول نتائج إستراتيجيات التمويل المتنافسة . وتستطيع بحوث الخدمات الصحية أن تُعين على تأطير حوارات السياسة الحالية والمستقبلية عن هذه القضية ، وذلك بتوضيح أهداف وتناوبات وافتراضات المقترحات البديلة على أساس معايير أداء النظام وهي الفعالية والكفاءة والإنصاف .

الخاتمة

يفحص النقاش فى هذا الفصل وفى فصول سابقة ، المخططات المفاهيمية والمعيارية لأهداف نظام الرعاية الصحية الرئيسية وهى : الفعالية والكفاءة والإنصاف ، ويحلل التوازن والتعاقب الذى يؤدى إلى تصميم سياسات وبرامج لتحقيق هذه الأهداف . كما يراجع منهجيات قياس مدى التحقيق الفعلى لكل من هذه الأهداف . ويشجع أيضًا الحوار بين باحثى الخدمات الصحية ، ومحللى السياسات ، وصانعى السياسات والإداريين الذين يدرسون ويوصون ويصيغون وينفذون السياسة الصحية . يتطلب تصميم نظام الرعاية الصحية الذى يُعظِّم مثاليات السياسة وهى : الفعالية والكفاءة والإنصاف ، دراسة دقيقة فى معانى هذه الأهداف ، وماهى أفضل السبل لتحقيقها ؟. ويسعى هذا الكتاب إلى الدعوة إلى مثل هذه الدراسة والترحيب بها .

المراجع :

- Brook, R. 1991. "Health, Health Insurance, and the Uninsured". Journal of the American Medical Association 265: 2998-3002.

- Brown, E. 1988. "Principles for a National Health Program: A Framework for Analysis and Development". Milbank Quarterly 66: 573-617.

- Gulyer, A. 1992. "The Morality of Efficiency in Health Care-Some Uncomfortable Implications". Health Economics 1: 7-18.

- Enthoven, A., and R. Kronick. 1989a. "A Consumer-Choice Health Plan for the 1990s: Universal Health Insurance in a System Designed to Promote Quality and Economy". New England Journal of Medicine 320: 29-37.

- ___ 1989b. "A Consumer-Choice Health Plan for the 1990s: Universal Health Insurance in a System Designed to Promote Quality and Economy". New England Journal of Medicine 320: 94-101.

- ___ 1991. "Universal Health Insurance through Incentives Reform". Journal of the American Medical Association 265: 2532-36.

- Feldstein, P. 1988. Health Care Economics, 3rd ed. NY: John Wiley & Sons.

- General Accounting Office. 1991. Canadian Health Insurance: Lessons for the United States. GAO/HRD-91-90. Washington, DC: U.S. General Accounting Office.

- Glaser, W. 1991. Health Insurance in Practice. San Fransisco: Jossey-Bass.

- Grumbach., K., T. Bodenheimer, D. Himmelstein, and S. Woolhandler. 1991. "Liberal Benefits, Conservative Spending: The Physicians for a National Health Program Proposal". Journal of the American Medical Association. 265: 2549-54.

- Hill, M., D. Levine, and P. Whelton. 1988. "Awareness, Use and Impact of the 1984 Joint National Committee Consensuse Report on High Blood Pressure". American Journal of Public Health 78: 1190-94.

- Himmelstein, D., S. Woolhandler, and the Writing Committee of the Working Group on Program Design. 1989. "A National Health Program for the United States: A Physicians' Proposal". New England Journal of Medicine 320: 102-8.

- Hollingsworth, J. 1981. "Inequality in Levels of Health in England and Wales". Journal of Health and Social Behavior 22: 268-83.

- Kosecoff, J., D. Kanouse, and W. Rogers. 1987. "Effects of the National Institutes of Health Consensus Development Program on Physician Practice". Journal of the American Medical Association 258: 2708-13.

- Lomas, J., G. Anderson, K. Domnick-Pierre, E. Vayda, M. Enkin, and W. Hannah. 1989. "Do Practice Guidelines Guide Practice? The Effect of a Consensus Statement on the Practice of Physicians". New England Journal of Medicine 321: 1306-11.

- Manning, W., J. Newhouse, N. Duan, E. Keeler, A. Leibowitz, and S. Marquis. 1987. "Health Insurance and the Demand for Medical Care: Evidence from a Randomized Experiment". American Economic Review 77 (3): 251-77.

- Pauly, M., P. Danzon, P. Feldstein, and J. Hoff. 1992. Responsible National Health Insurance. Washington, DC: American Enterprise Institute.

- Pepper Commission: U.S. Bipartisan Commission on Comprehensive Health Care. 1990. A Call for Action: Final Report. Washington, DC: U.S. Government Printing Office.

- Somers, A., and H. Somers. 1977. "A Proposed Framework for Health and Health Care Policies". Inquiry 14: 115-70.

- Thorpe, K. 1992. "Inside the Black Box of Administrative Costs". Health Affairs 11: 41-55.

- Wennberg, J. 1984. "Dealing with Medical Practice Variations: A Proposal for Action". Health Affairs 3: 6-32.

نبذة عن المؤلفين

د. لو آن آداي هي أستاذ العلوم السلوكية وعلوم الإدارة السياسية في كلية الصحة العامة بجامعة تكساس . حصلت على شهادة الدكتوراه في علم الاجتماع من جامعة بيردو ، وكانت سابقًا مديراً مشاركًا للبحوث في مركز دراسات الإدارة الصحية في جامعة شيكاغو . ركزت اهتمامات د. آداي البحثية الرئيسية على مؤشرات ومترابطات استخدام الخدمات الصحية والوصول إلى الرعاية . كما أجرت مسوحات وطنية ومجتمعية وتقييمات هامة لدراسات وطنية ، وقد نَشَرَت البحوث بتوسع في هذا المجال بما في ذلك تسعة كتب سابقة تعالج النواحي المفاهيمية والتجريبية للبحوث على الإنصاف في الوصول إلى الرعاية الطبية .

د. تشارلز إي . بيجلي هو أستاذ علوم الإدارة والسياسة المشارك في كلية الصحة العامة بجامعة تكساس ، وعضو هيئة تدريس متعاون في قسم الاقتصاد بجامعة رايس . حصل على شهادة الدكتوراه في الاقتصاد من جامعة تكساس في أوستن ، وكان عضواً في هيئة التدريس في جامعة سانغامون الحكومية وفي كلية الطب بجامعة جنوبي إلينوي في سبرنجفيلد ، إلينوي . تشمل اهتمامات د. بيجلي البحثية والتدريسية ، التقييم الاقتصادي لبرامج الرعاية الصحية وتحليل السياسة الصحية ، وأجرى تحليلات السياسة على مجموعة من مقترحات وبرامج السياسة الصحية على مستوى الولاية .

د. دافيد آر . ليرسون هو أستاذ اقتصاديات في كلية الصحة العامة بجامعة تكساس وعضو هيئة تدريس متعاون في قسم الاقتصاد بجامعة رايس ، وقد تم إنجاز هذا الكتاب بينما كان معاراً كأستاذ بهيئة التدريس في كلية الصحة العامة في جامعة كوينز لاند للتقنية في بريز بين إستراليا . وكان عضواً في مركز كايزر للبحوث الصحية في بورتلاند ، أوريغون . وحصل على شهادة الدكتوراه من جامعة كنتاكي في لكسنجتون ، كنتاكي . وتشمل اهتمامات د. ليرسون البحثية والتدريسية الرئيسية ، التقييم الاقتصادي لبرامج وخدمات الرعاية الصحية وتنظيم وتمويل نظم الرعاية الصحية .

د. كارل إتش سليتر هو أستاذ تنظيم الخدمات الصحية المشارك فى كلية الصحة العامة بجامعة تكساس ، وهو خريج كلية الطب بجامعة كولورادو ، وكان عضواً فى مركز دراسة التعليم الطبى فى كلية الطب بجامعة إلينوى فى شيكاغو . تكمن اهتمامات د. سليتر البحثية فى تقييم جودة وفعالية الرعاية الطبية ، وبتركيز خاص على برامج الرعاية الخارجية فى القطاع الخاص . لقد طور د. سليتر ودرس برامج وحلقات فى فعالية الخدمات الصحية ، وتقييم جودة الرعاية وتقييم نتائج الرعاية الصحية . نشر فى مجال تقييم جودة الرعاية الخارجية ، ونقح عدداً خاصاً من «التقييم والمهن الصحية» عن تقدير النتائج .

المترجم فى سطور

**** عبدالمحسن بن صالح بن عبدالرحمن الحيدر**

– من مواليد الرياض فى المملكة العربية السعودية عام ١٩٥٢م .

**** مؤهله العلمى :**

– حاصل على درجة الدكتوراه فى إدارة الخدمات الصحية عام ١٩٨٨م ، من جامعة كمنولث فرجينيا ولاية فرجينيا بالولايات المتحدة الامريكية .

**** وظيفته الحالية :**

– أستاذ مساعد بمعهد الإدارة العامة – الرياض .

**** الأنشطة العلمية :**

– Modeling Oranizational Determinants of Hospital Mortality (HSR) Health Senr-ces Research 26 : 3 (August 1991) .

– مشروع بحث لتقصى عوامل تحديد النقص فى الممرضات السعوديات ، ورقة عمل مقدمة فى الندوة السنوية الرابعة لتطوير القوى العاملة الصحية ٤–٥ ربيع الأول ١٤١٠هـ .

– العوامل المؤثرة فى اختيار الفتاة السعودية لمهنة التمريض ، دراسة ميدانية ، معهد الإدارة العامة ١٤١٦هـ .

مراجع الترجمة فى سطور

**** د. عبدالإله سيف الدين غازى ساعاتى .**

- من مواليد جدة فى المملكة العربية السعودية عام ١٩٥٦م .

**** مؤهله العلمى :**

- حاصل على درجة الدكتوراه فى الإدارة العامة – إدارة صحة ومستشفيات ، عام ١٩٨٥م ، من جامعة ألاباما بالولايات المتحدة .

**** وظيفته الحالية :**

- المشرف العام على التدريب والابتعاث بوزارة الصحة السعودية .

**** الأنشطة العلمية :**

- عضوية العديد من الجمعيات العلمية داخل المملكة وخارجها .
- إلقاء محاضرات علمية داخل المملكة وخارجها .
- كتابة مقالات وتأليف كتب متخصصة .

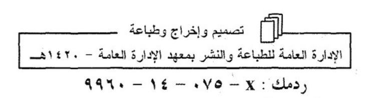
تمت الطباعة بمطابع معهد الإدارة العامة - ١٤٢٠هـ

هذا الكتاب

موجه إلى المهنيين الممارسين وطلاب الدراسات العليا فى الصحة العامة والإدارة الصحية ومهن الرعاية الصحية وصانعى السياسة الصحية ومخططى البرامج المعنيين بتصميم وإجراء بحوث الخدمات الصحية، حيث يتناول المفاهيم والمنهجيات الأساسية – المتعلقة ببحوث الخدمات الصحية، ويوضح تطبيقاتها فى تحليل السياسات، ويربط نموذجاً لتحليل السياسة الصحية مع إطار لتصنيف المواضيع والقضايا فى بحوث الخدمات الصحية، من خلال مفاهيم الفعالية والكفاءة والإنصاف، حيث تتناول قضايا الفعالية من منطلق عام على أساس السكان وكذلك من منظور سريرى وفردى، كما تتناول قضايا الكفاءة من منظور الصالح المجتمعى التخصيصى ومن منظور نظرية الإنتاج فى المؤسسة، وتتناول قضايا الإنصاف فى الوصول إلى الرعاية الصحية من خلال سبل مبنية على أساس الأهلية والاحتياج وسبل مساواتية وتعاقدية ومنفعية.

يتميز هذا الكتاب بما يلى:

* يوفر منظوراً تاريخياً ويطبق مفاهيم ومنهجيات علوم الوبائيات والاقتصاد والاجتماع وفروع المعرفة الأخرى المرتبطة بتوضيح وبيان قياس وأهمية الفعالية والكفاءة والإنصاف كمعايير لتقييم أداء نظام الرعاية الصحية.
* يقدم ويطبق إطاراً منظماً لتحديد بحوث الخدمات الصحية كفرع من فروع المعرفة، ضمن بيئة أبعاد أداء النظام الرئيسية: الفعالية والكفاءة والإنصاف.
* يراجع ويدمج الإسهامات المفاهيمية والمنهجية والتجريبية لبحوث الخدمات الصحية فى تناول هذة القضايا.
* يقدم أمثلة محددة لتطبيق بحوث الخدمات الصحية فى تناول مشكلات السياسة الصحية المعاصرة.
* يقدم مقترحات عدة لإصلاح الرعاية الصحية.


تصميم وإخراج وطباعة
الإدارة العامة للطباعة والنشر بمعهد الإدارة العامة - ١٤٢٠هـ
ردمك : X - ٠٧٥ - ١٤ - ٩٩٦٠